

TAMPEREEN YLIOPISTO

Johtamiskorkeakoulu

# **TYÖNANTAJAKUVAN HALLINTA JA KEHITTÄMINEN TERVEYSKESKUSORGANISAATIOSSA**

Hallintotiede

Pro gradu -tutkielma

Toukokuu 2016

Ohjaaja: Klaus af Ursin

Eeva Tolvanen

## TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto	Johtamiskorkeakoulu, hallintotiede
Tekijä:	TOLVANEN, EEVA
Tutkielman nimi:	Työnantajakuva hallinta ja kehittäminen terveyskeskusorganisaatiossa
Pro gradu -tutkielma:	78 sivua, 6 liitesivua
Aika:	Toukokuu 2016
Avainsanat:	terveyskeskukset, työnantajat, brändäys

---

Terveyskeskukset ovat suurten haasteiden edessä sote-uudistuksen kynnyksellä. Osaavan ja ammattitaitoisen työvoiman saatavuus on keskeinen tekijä terveystalouselämyksien menestymiselle, mutta edustaa myös kasvavaa ongelmaa työvoiman eläköityessä ja palvelutarpeen kasvaessa. Vahva ja vetovoimainen työnantajakuva voidaan nähdä kilpailuetuna erityisesti henkilöstön rekrytoimisessa.

Tässä tutkielmassa tarkastellaan vetovoimaisten terveyskeskusorganisaatioiden työnantajakuva hallintaa ja kehittämisen välineitä. Tutkielman tavoitteena on löytää terveyskeskuksista organisaatioon liittyviä piirteitä, hyviä käytäntöjä ja toimintamalleja, jotka vahvistavat työnantajakuvaa, lisäävät vetovoimaisuutta ja joiden avulla työnantajakuvaa voidaan kehittää.

Tutkielma edustaa laadullista tutkimussuuntausta. Empiirisenä aineistona tutkielmassa on seitsemän terveyskeskuksen johtavan lääkärin tai hoitajan haastattelut. Terveyskeskukset valittiin tutkielmaan hyödyntämällä lumipallo-otantaa, jonka avulla pyrittiin löytämään hyvän työnantajakuva omaavia, vetovoimaisia terveyskeskuksia.

Vahvalla työnantajakuvalla ja työnantajakuva tietoisella hallinnalla terveyskeskuksissa koettiin olevan merkitystä työvoima saatavuuden ja terveyskeskuksen vetovoimaisuuden kannalta. Työnantajakuvaa voitiin vahvistaa muun muassa edistämällä terveyskeskuksen näkyvyyttä, panostamalla henkilöstölähtöisen ja hyvän työilmapiirin rakentamiseen sekä huolehtimalla opiskelijoiden hyvästä ohjauksesta ja terveyskeskuksen tunnettuudesta opiskelijoiden keskuudessa.

Työnantajakuva kehittämisen välineitä löydettiin johtajuuden, terveyskeskuksen rakenteiden, kliinisen työn tukemisen ja ohjaamisen sekä terveyskeskuksen toiminnan kehittämisen osa-alueista. Erityisen voimakkaita työkaluja olivat moniammatillisten työtapojen ja toimintakulttuurin edistäminen sekä yksilöllisten ammatillisten kehittymismahdollisuuksien tarjoaminen. Myös toiminnan jatkuvaan kehittämisen panostaminen koko henkilöstöön ulottuvan kehittämisorientoituneen organisaatiokulttuurin avulla oli aineiston terveyskeskuksille ominainen piirre, joka nähtiin tärkeänä terveyskeskuksen vetovoimaisuustekijänä.

## Sisällys

1 JOHDANTO.....	4
1.1 Tutkimustehtävät .....	5
2 TYÖNANTAJAKUVA, SEN KEHITTÄMINEN JA VETOVOIMAISUUS.....	7
2.1 Työnantajakuvan käsite .....	7
2.2 Työnantajakuvan hallinta ja johtaminen.....	9
2.3 Työnantajakuvan kehittäminen ja vetovoimaisuus.....	11
2.4 Terveyskeskusten työnantajakuvan aikaisempi tutkimus .....	14
3 PERUSTERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMINEN SUOMESSA .....	17
3.1 Lainsäädäntö, tehtävät ja organisaatiot .....	17
3.2 Terveyskeskusten henkilöstö, käyntimäärät ja kustannukset.....	19
3.3 Lääkäri työvoima ja terveyskeskukset lääkärinkoulutuksessa.....	20
3.4 Terveyskeskusten kehittäminen .....	22
4 MAGNEETTISAIRAALATUTKIMUS JA MAGNEETTIMALLI.....	27
4.1 Alkuperäinen tutkimus.....	27
4.2 Magneettimalli .....	30
4.2.1 Transformationaalinen johtajuus .....	33
4.2.2 Rakenteiden avulla voimaannuttaminen.....	34
4.2.3 Esimerkilliset ammatilliset käytännöt .....	36
4.2.4 Tutkimus, innovaatiot ja kehittäminen .....	37
4.2.5 Empiirinen laatu ja tulos.....	38
4.3 Magneettimallin soveltaminen tutkielmassa.....	39
5 MENETELMÄT JA AINEISTO .....	41
5.1 Lähestymistapa ja tutkimusmenetelmä .....	41
5.2 Tutkimusaineisto.....	42
5.2.1 Lumipallo-otanta ja aineiston kerääminen .....	42

5.2.2	Aineiston kuvaus .....	45
5.3	Analyysi .....	45
5.4	Tutkimusprosessin arviointi.....	46
6	TULOKSET .....	49
6.1	Työnantajakuva hallinta johtavien lääkäreiden näkökulmasta .....	49
6.1.1	Näkemykset työnantajakuva strategisesta merkityksestä.....	50
6.1.2	Terveyskeskuksen näkyvyys .....	52
6.1.3	Työilmapiirin merkitys .....	53
6.1.4	Kriisitilanteiden hallinta .....	54
6.2	Terveyskeskuksen vetovoimaisuustekijät ja työnantajakuva kehittämisen välineet magneettimallin avulla tarkasteltuna .....	55
6.2.1	Johtajuus .....	55
6.2.2	Rakenteet .....	58
6.2.3	Kliinisen työn hallintaa tukevat toimintakäytännöt.....	61
6.2.4	Toiminnan kehittäminen.....	64
6.2.5	Laatu ja tulokset .....	66
6.3	Tulosten yleistettävyys ja rajoitukset .....	67
7	YHTEENVETO JA POHDINTA.....	68
	LÄHTEET .....	72

LIITTEET	Liite 1	Lumipallo-otannon eteneminen
	Liite 2	Haastattelurunko
	Liite 3	Tutkimusterveyskeskukset
	Liite 4	Case Juvan terveyskeskus

# 1 JOHDANTO

Terveydenhuollossa henkilöstövoimavarat ovat poikkeuksellisen merkittävässä asemassa organisaatioiden keskeisenä resurssina. Työ on luonteeltaan työvoimavaltaista, sillä palvelut tuotetaan pääasiassa henkilöstön avulla. Laadukkaiden palveluiden saavuttamiseksi organisaatioihin tarvitaan riittävästi osaavia, motivoituneita ammattilaisia. Terveydenhuollon haasteet tulevana vuosina ja vuosikymmeninä liittyvätkin kiinteästi työvoimaan ja sen saatavuuteen. Esimerkiksi kuntien sosiaali- ja terveystalouksien henkilöstöstä (vuoden 2014 henkilöstötilanteen mukaan) lähes kolmannes saavuttaa 65 vuoden iän vuoteen 2025 mennessä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a). Samanaikaisesti palvelutarpeen on ennakoitu kasvavan väestön ikääntyessä, ja myös julkiseen talouteen kohdistuvat paineet asettavat vaatimuksia kustannuskehityksen hillitsemiseksi sekä kustannustehokkaiden palveluratkaisujen löytämiseksi.

Perusterveydenhuollon merkitystä on korostettu terveydenhuoltosektorin kohtaamien haasteiden ratkaisemiseksi. Perusterveydenhuollossa nähdään olevan potentiaalia erityisesti väestön muuttuviin terveystalouksien vastaamisessa sekä mahdollisuuksissa lähestyä monimutkaisia ongelmia kokonaisvaltaisemmin muun muassa moniammatillisen yhteistyön ja sosiaali- ja terveystalouden horisontaalisen integraation ansiosta. Perusterveydenhuollon vahvistamista eurooppalaisessa toimintaympäristössä onkin suositeltu esimerkiksi erilaisin koulutus- ja työvoimapolitiisin toimin. (van den Heuvel ym. 2009.)

Työvoiman näkökulmasta perusterveydenhuollon ja terveyskeskusten erityisenä ongelmana on ollut lääkäripuute. Lääkäripuute on vaihdellut suomalaisissa terveyskeskuksissa alueittain ja ajoittain. 2000-luvulla lääkäripuuteen huippuvuosi koettiin 2011, jolloin 11 % terveyskeskusten lääkäripuutteen oli valtakunnallisesti täyttämättä (Lääkäriliitto 2016). Lääkäriliiton (2016) tiedotteen mukaan lokakuussa 2015 koko maassa terveyskeskusten lääkäripuutteen oli täyttämättä 4,4 %. Alueellisesta vaihtelua esiintyy jonkin verran, sillä esimerkiksi Vaasan sairaanhoitopiirissä puutteen tiedotteen mukaan oli 18,2 %. Lääkäripuuteen ratkaisua on lähestytty erityisesti koulutuspolitiisesta näkökulmasta, mutta työsuhteen ehtojen kehittäminen

joustavammiksi on tuotu myös esiin (Saxén 2009, 18). Työvoimatilanne ja julkisen talouden asettamat reunaehdot osoittavat joka tapauksessa tarpeen varmistaa perusterveydenhuollon organisaatioiden houkuttelevuuden työnantajana laadukkaiden ja riittävien palvelujen varmistamiseksi tulevaisuudessa.

Tässä pro gradu -tutkielmassa tartutaan terveyskeskusorganisaatioiden työnantajakuvan hallintaan ja kehittämiseen. Terveyskeskusorganisaatio on valittu tutkimuksen kontekstiksi, koska alueelliset erot terveyskeskusvakanssien täyttämässä ja vaihteleva menestys henkilöstön rekrytoimisessa viittaavat eroihin terveyskeskusten vetovoimaisuudessa ja työnantajakuvan hallinnassa. Perusterveydenhuolto on myös perinteisesti ollut suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kivijalka, jonka perustana on ammattitaitoinen ja työstään innostunut henkilöstö.

## **1.1 Tutkimustehtävät**

Tutkielmassa on tarkoitus tarkastella työnantajakuvan hallintaa, positiivista työnantajakuvaan vahvistavia tekijöitä sekä työnantajakuvan kehittämisen välineitä terveyskeskusorganisaatiossa. Tavoitteena on löytää sellaisia organisaatioon liittyviä piirteitä, hyviä käytäntöjä ja toimintamalleja terveyskeskuksista, jotka vahvistavat työnantajakuvaan, lisäävät vetovoimaisuutta ja joiden avulla terveyskeskuksen työnantajakuva voidaan kehittää.

Aihetta lähestytään laadullisen tutkimuksen menetelmin, ja tutkielman ote on kuvaileva. Käsitteellisenä ja teoreettisena viitekehyksenä hyödynnetään työnantajakuvan käsitettä sekä sairaalaorganisaatioita käsittelevää magneettisairaalatutkimusta ja siihen pohjautuvaa magneettimallia. Työnantajakuvan hallintaa ja kehittämistä käsitellään empiirisesti terveyskeskusten johtavien viranhaltijoiden näkökulmasta. Empiirinen tutkimusaineisto koostuu haastatteluaineistosta sekä sitä tukevista tilastodokumenteista. Aineisto koottiin terveyskeskuksista, jotka valittiin hyödyntämällä lumipallo-otantaa. Näin pyrittiin siihen, että aineisto edustaa hyvän työnantajakuvan omaavia, toimivia ja vetovoimaisia terveyskeskuksia.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. miten terveyskeskusorganisaatio voi vahvistaa ja edistää positiivista työnantajakuva?
2. millaisilla organisaatioon liittyvillä ominaispiirteillä, toimintamalleilla ja käytännöillä on merkitystä työnantajakuvan kehittämisen sekä sen vetovoimaisuuden kannalta?

Tutkielman keskeiset käsitteet määritellään luvussa 2, joka käsittelee työnantajakuva, sen hallintaa ja kehittämistä. Käsitteellisen perustan muodostamisen lisäksi esitetään aihealueen aiempi tutkimus tiedonhakujen valossa. Luvussa 3 käydään läpi perusterveydenhuollon kontekstia sekä suomalaisia terveyskeskusorganisaatioita perusterveydenhuollon toimijoina. Magneettisairaalatutkimus ja siihen pohjautuva magneettimalli esitellään luvussa 4. Luvussa hahmotetaan tutkimuksen teoreettinen perusta sekä sen soveltaminen terveyskeskuksen työnantajakuvan tutkimisessa.

Menetelmiin liittyviin valintoihin ja ratkaisuihin paneudutaan luvussa 5. Luvussa kuvataan tutkimuksen lähestymistapaa, perustellaan menetelmiin liittyvät valinnat, sekä kuvaillaan aineiston kerääminen ja analyysi. Tutkimustulokset esitetään luvussa 6. Luvussa 7 saavutettuihin tuloksiin ja teoreettiseen viitekehykseen tukeutuen tehdään yhteenveto ja pohditaan terveyskeskusten työnantajakuvan kehittämisen merkitystä myös suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää koskevat tulevaisuuden haasteet, muutokset ja mahdollisuudet mielessä pitäen.

## 2 TYÖNANTAJAKUVA, SEN KEHITTÄMINEN JA VETOVOIMAISUUS

### 2.1 Työnantajakuva

*Työnantajakuva* tutkimuksen keskeisenä käsitteenä määritellään käsityksinä organisaatiosta työnantajana (Heilmann 2010, 137). Eri sidosryhmät muodostavat kuvan organisaatiosta omasta näkökulmastaan, eli organisaatiolla voidaan tulkita olevan toisistaan jossain määrin eroavat kuvat esimerkiksi palveluntuottajana, sosiaalisena instituutiona tai työnantajana (Vigoda-Gadot ym. 2003, 768). Työnantajakuva heijastaa erityisesti työvoiman havaintoja ja mielikuvia siitä, mitkä ovat organisaation erityiset, keskeiset ja pysyvimmat piirteet työnantajana (van Hove 2008, 368). Havaintoihin ja käsityksiin voivat vaikuttaa esimerkiksi ammattihenkilön ikä, sukupuoli ja työkokemus, sekä yhtä lailla omat havainnot kuin muilta saatu tieto tai muiden jakamat kokemukset (Jain & Bhatt 2015, 636–637).

Kirjallisuudessa työnantajakuva on usein kuvattu kaksiosaisena tai kahden elementin avulla. Esimerkiksi Rosethorn (2009) näkee työnantajakuva koostuvan toisaalta organisaation luomista odotuksista itseään kohtaan työnantajana, ja toisaalta henkilöstön kokemuksista organisaatiosta työnantajana. Organisaation luomat odotukset itseään kohtaan, eli organisaation arvolutaus työnantajana, sisältävät työsuhteeseen liittyvät edut, ääneen lausutut ja lausumattomat odotukset työsuhteen osapuolia kohtaan sekä ne asiat, jotka erottavat organisaation työnantajana muista. Henkilöstön kokemukset organisaatiosta työnantajana edustavat odotusten toteutumista ja täyttymistä käytännössä, koko työsuhteen elinkaaren aikana. Rosethorn korostaa erityisesti työnantajakuva yhteyttä muihin organisaatioon liittyviin mielikuviin. Vahvan työnantajakuva arvolutaus liittyy kiinteästi myös organisaation tuotteen tai palvelun arvolutaukseen. Lisäksi henkilöstön kokemukset saavat keskeisen sijan. (Rosethorn 2009, 17–24.)

Työnantajakuvaa voidaan käsitellä myös erottamalla sen instrumentaalinen ja symbolinen ulottuvuus. Instrumentaalinen ulottuvuus muodostuu organisaatioon ja työsuhteeseen liittyvistä konkreettisista, tosiasiallisista ominaisuuksista, kuten palkka ja muut etuudet, joustavat työajat tai sijainti. Symbolinen ulottuvuus taas koostuu organisaatioon liittyvistä aineettomista ja abstraktimmista ominaisuuksista, jotka ovat



myös subjektiivisempia kuin instrumentaalisen ulottuvuuden tekijät. Tällaisia ominaisuuksia ovat esimerkiksi työnantajaan liitetyt mielikuvat tai piirteet, kuten innovatiivisuus tai arvovalta. (Lievens & Highhouse 2003, 80–81.)

Varsin usein työnantajakuva on mallinnettu myös sisäisen ja ulkoisen työnantajakuvan avulla, jolloin sisäinen kuva viittaa organisaation nykyisiin työntekijöihin ja ulkoinen kuva potentiaaliin tuleviin työntekijöihin (esimerkiksi Foster ym. 2010, 403). Sisäisen työnantajakuvan näkökulma rajautuu siis organisaation sisälle, ja se ilmenee erityisesti siinä, kuinka hyvin organisaation työntekijät ovat sisäistäneet organisaation arvot, kulttuurin ja toimintatavat, sekä kuinka hyväksytyinä he niitä pitävät ja miten he toteuttavat niitä päivittäisessä toiminnassaan. Ulkoinen työnantajakuva heijastaa organisaation kuvaa sen ulkopuolelta, erityisesti potentiaalisten työnhakijoiden näkökulmasta. (Foster ym. 2010, 402–405.)

Yksi varhaisimmista työnantajakuvan malleista lähestyy työnantajakuva työsuhteeseen liittyvien etujen kautta. Ambler ja Barrow ovat määritelleet työnantajakuvan ”niiden toiminnallisten, taloudellisten ja psykologisten etujen kokonaisuutena, jotka työnantaja tarjoaa työntekijöilleen” (Backhaus & Tikoo, 2004, 502). Määritelmä sisältää siis kolme ulottuvuutta: toiminnallisen, taloudellisen ja psykologisen ulottuvuuden. Toiminnalliset ja taloudelliset edut ovat työnantajakuvan perusta, ne käsittävät esimerkiksi työsuorituksesta maksettavan rahallisen palkan, työvälineet ja turvallisen työympäristön. Usein toiminnalliset ja taloudelliset edut ovat työnantajakuvassa sikäli pienemmässä roolissa, että monia niihin lukeutuvia tekijöitä pidetään jopa itsestään selvyytinä, mutta joskus ne voivat olla myös työnantajakuvan selkeimpiä vahvuuksia. Psykologiset edut liittyvät siihen, millaista merkitystä työ ja työorganisaatio tuovat työntekijän elämään. Psykologisiin etuihin sisältyy esimerkiksi se, kuinka arvostetuksi työntekijä tuntee itsensä, tai kuinka vahvasti työntekijä uskoo organisaation arvoihin ja tehtävään, sekä sen palveluiden tai tuotteiden laatuun. (Mosley 2005, 58–59.)

Vahva ja hyvä työnantajakuva voidaan nähdä osana organisaation aineetonta pääomaa. Työnantajakuvan arvoa määrittävät sen tunnettavuus, sekä se, kuinka hyvin työnantajakuva houkuttelee työnhakijoita ja saa henkilöstön pysymään organisaation palveluksessa. Työnantajakuvan arvon ja siihen liittyvän pääoma-ajattelun taustalla on käsitys organisaation henkilöstöstä organisaation keskeisenä voimavarana. (Backhaus &

Tikoo 2004, 503–504.) Työnantajakuva on usein lähestytty erityisesti rekrytoinnin näkökulmasta, esimerkiksi Collins ja Han (2004) ovat osoittaneet, että organisaation maineella on vaikutusta työnhakijoiden määrään ja laatuun. Toisaalta on myös korostettu, että työnantajakuva käsittää tärkeänä osa-alueena myös nykyisen henkilöstön näkökulman ja kokemukset sekä työntekijöiden sitouttamisen, eikä ole siis ainoastaan suunnattu potentiaalisille työnhakijoille (esimerkiksi Rosethorn 2009; Backhaus & Tikoo 2004).

Yhteistä työnantajakuvan eri määritelmille on, että ne kaikki kuvaavat työnantajakuvan moniulotteisina käsityksinä, kokemuksina ja havaintoina organisaatiosta työnantajana. Ne tarkastelevat organisaatiota työnantajana keskittyen organisaation erityisiin ja huomattavimpiin piirteisiin tässä roolissa. Näihin piirteisiin lukeutuu sekä konkreettisia, instrumentaalisia ominaisuuksia, että symbolisia, aineettomia ominaisuuksia.

## **2.2 Työnantajakuvan hallinta ja johtaminen**

Kun työnantajakuva määritellään käsityksinä organisaatiosta työnantajana, on kiinnitettävä huomiota siihen, mistä ja miten käsitykset ovat syntyneet. On mahdollista, että käsitykset perustuvat ainoastaan yksilöiden subjektiivisiin havaintoihin organisaatiosta tai esimerkiksi ammattiryhmän sisäisiin kertomuksiin ja huhuihin organisaatioon liittyen. Työnantajakuva voi olla kuitenkin myös tietoisesti johdettu kokonaisuus, jolloin käsityksiin pyritään aktiivisesti vaikuttamaan sekä luomaan ja edistämään systemaattisesti johdonmukaista, haluttua työnantajakuva (Robertson & Khatibi 2012, 31).

Työnantajakuvan johtamista on lähestytty markkinoinnin, henkilöstövoimavarojen johtamisen, strategisen johtamisen ja brändijohtamisen näkökulmista. Brändijohtamisen näkökulmasta organisaation työnantajabrändin hallintaa on luonnehdittu systemaattisesti suunnitelluksi toiminnan, viestinnän ja organisaation liitettyjen merkitysten johtamiseksi positiivisen ja hyvän maineen saavuttamiseksi (Foster ym. 401–402). Työnantajabrändin ja työnantajakuvan käsitteitä käytetään pitkälti rinnakkain, mutta käsitteiden välillä on tulkittu myös sävyeroja. Brändiä on kuvattu työnantajakuva laajempänä käsitteenä kattaen organisaation arvot työnantajana sekä brändin ominaispiirteet näiden ilmentymän, eli työnantajakuvan (employer image), lisäksi (Robertson & Khatibi 2012,

32). Myös Amblerin ja Barrow'n määritelmä työnantajakuvasta siihen liitettyjen etujen kautta on lähellä tuote- ja yritysbrändien tutkimusta (Lievens ym. 2007, 48). Tämän tutkielman keskittyessä työnantajakuvan hallintaan ja kehittämiseen käsitteiden erottelu laajemman ja suppeamman merkityksen mukaan ei kuitenkaan ole tarpeellista, sillä kuten luvussa 2.3 esitetään, tutkielman käsitteellisen ja teoreettisen viitekehyksen näkökulmasta käsitteiden sisältämät osatekijät liittyvät toisiinsa.

Markkinoinnin ja henkilöstövoimavarojen johtamisen toiminnot sivuavat toisiaan läheisesti työnantajakuvan hallinnassa. Työnantajakuvan johtamisessa kootaan rekrytoinnin, henkilöstösuunnittelun, henkilöstön kouluttamisen ja henkilöstövoimavarojen kehittämisen toiminnot yhden kanavan alle. Tehokkaan organisaation sisäisen ja ulkoisen markkinoinnin avulla näillä toiminnoilla on potentiaalisesti olennaisesti erilainen vaikutus, kuin prosesseilla olisi itsenäisesti. (Backhaus & Tikoo 2004, 513; Knox & Freeman 2006, 709.)

Strategisesti tarkasteltuna hyvä työnantajakuva nähdään kilpailuetuna työvoiman hankkimisessa. Robertson ja Khatibi (2012) vertailivat tutkimuksessaan organisaatioita, joilla oli selkeä, tietoinen strategia työnantajakuvan johtamisesta ja kehittämisestä, sellaisiin organisaatioihin, joiden strategia oli joko vaillinainen tai joilla ei ollut tietoista strategiaa ollenkaan. Organisaatiot, joilla oli selkeä strategia, omasivat vahvemman työnantajakuvan verrattuna organisaatioihin, joiden strategia oli puutteellinen tai joilla ei ollut tietoista strategiaa lainkaan. Tutkimus antoi viitteitä lisäksi siitä, että strategian toimeenpano on erittäin tärkeää ja koko henkilöstön on jaettava käsitys työnantajakuvasta sekä toimittava sen välittäjinä. Tutkijat totesivat kuitenkin myös, että tietoinen strategia ei ole välttämätön vetovoimaisen työnantajakuvan saavuttamiselle, sillä muut lähteet, erityisesti organisaation tuotteisiin liittyvät mielikuvat tai organisaation kuva palveluntuottajana, voivat korvata tietoisien strategien vaikutusta työnantajakuvan muodostumisessa. (Robertson & Khatibi 2012, 42–43.)

Edlinger (2015) on tutkinut työnantajakuvan johtamista tarkastelemalla suurten kansainvälisten yritysten palveluksessa toimivien työnantajakuvasta vastaavien henkilöiden (employer brand manager) työtä. Tutkimusaineistona tutkimuksessa oli kvalitatiivinen haastatteluaineisto, joka koostui 20 narratiivisesta haastattelusta. Haastateltavat työskentelivät työnantajabrändin johtajan tehtävissä suurissa yrityksissä,

jotka tunnettiin hyvästä työnantajakuvasta sekä sen eteen tehdystä systemaattisesta työstä. Aineiston analyysissä hyödynnettiin ankkuroidun teorian (grounded theory) lähestymistapaa. Työnantajabrändin johtajat korostivat brändin luomista työtehtävänä, lisäksi brändin johtamiseen kuului sen kontrollointi, tunnistettavuuden edistäminen, suojeleminen ja valvominen. (Edlinger 2015.)

## **2.3 Työnantajakuvaan kehittäminen ja vetovoimaisuus**

*Työnantajakuvaan kehittäminen* on määritelty toimintana, jonka tarkoitus on luoda yksilöllinen ja tunnistettava työnantajaidentiteetti, ja se on liitetty strategisen henkilöstövoimavarojen johtamisen keinovalikoimaan (Backhaus & Tikoo 2004, 502;513). Työnantajakuvaan kehittämisen tavoitteena nähdään parhaiden työntekijöiden houkuttelevuus ja pitäminen organisaation palveluksessa. Kehittämistoiminnan ytimessä voidaan siis tulkita olevan kaksi päämäärää: organisaation vetovoimaisuus huipputasojen kannalta ja nykyisen henkilöstön sitouttaminen organisaation kulttuuriin ja strategiaan. (Backhaus & Tikoo 2004; Johnson & Roberts 2006.)

Heilmann (2010) on tutkinut työnantajakuvaan merkitystä ja kehittämistä suomalaisessa sairaalaorganisaatiossa. Tutkimuksessaan Heilmann löysi useita tekijöitä, joiden kautta työnantajakuvaan on mahdollista parantaa. Tärkeimmiksi lääkkeiksi nimettiin näkyvyys, toimiva rekrytointiprosessi, rekrytointisopimusten kehittäminen erityisesti ammattihenkilöiden kouluttautumis- ja kehittymismahdollisuuksien osalta, johtajuus ja työkierron lisääminen. Näkyvyys esimerkiksi alan opiskelijoiden keskuudessa nähtiin olennaisena työnantajakuvaan vahvistavana tekijänä. Toinen erityisen merkittävä kehittämiskohde tutkimuksessa oli henkilöstölle tarjottavien osaamisen kehittämisen, lisäkoulutusten ja muiden kehittymismahdollisuuksien, kuten työkierron, lisääminen. Lisäksi tuotiin esiin hyvä henkilöstöjohtaminen, etenkin lähiesimiestyöskentelyssä ja yksikötasolla. Johtajuuden vaikutus työilmapiiriin ja sen kautta työnantajakuvaan tunnistettiin tutkimuksessa suureksi. (Heilmann 2010, 140–141.)

Työnantajakuvaan instrumentaalisen ja symbolisen ulottuvuuden tutkimus on osoittanut, että molemmilla ulottuvuuksilla on vaikutusta organisaation työnantajakuvaan ja vetovoimaisuuteen, ja että symbolinen ulottuvuus selittää inkrementaalisen vaihtelun työnantajien vetovoimaisuudessa instrumentaalista ulottuvuutta paremmin. Lisäksi

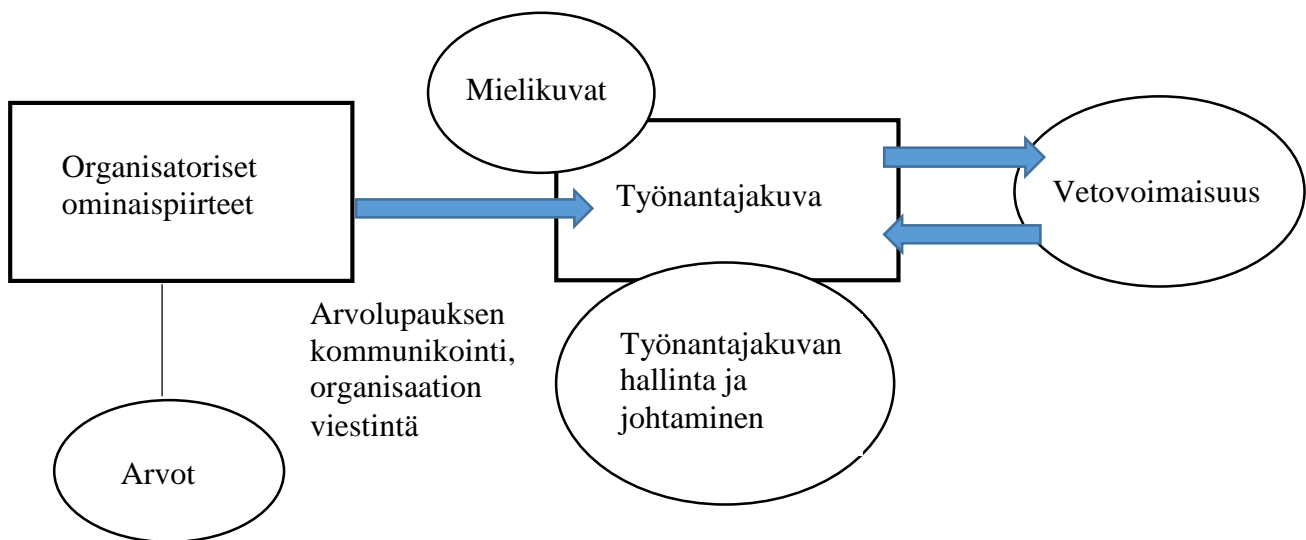
symbolisen ulottuvuuden piirteet erottelevat työnantajia instrumentaalisen ulottuvuuden tekijöitä paremmin. Nämä tulokset viittaavat siihen, että työnantajakuva kehittämiseksi organisaatioiden on syytä paneutua instrumentaalisten ominaisuuksien lisäksi erityisesti työnantajaan liitettyihin symbolisiin piirteisiin ja mielikuviin vetovoimaisuuden lisäämiseksi. (Lievens & Highhouse 2003; Lievens ym. 2007.) Erityisesti tämä ilmiö on havaittavissa samalla alalla toimivien organisaatioiden keskuudessa, sillä usein alan sisällä organisaatioiden on vaikea erottua toisistaan ja luoda tunnistettava, yksilöllinen työnantajakuva (Backhaus & Tikoo 2004, 506). Terveyskeskusorganisaatiot ovatkin tietyssä mielessä melko tasavertaisissa lähtökohdissa työnantajina, sillä muun muassa niiden toiminnan perusta ja tehtävät ovat valtakunnallisesti säädetty lainsäädännöllä. Lievens ja Highhouse (2003, 98) esittävätkin, että erottautuakseen muista samalla alalla toimivista organisaatioista, voisi olla hyödyllistä keskittyä luomaan työnantajakuva, jota keskeisesti luonnehtii jokin symbolinen piirre. Tällainen olisi esimerkiksi vahva maine hyvästä tiimihengestä tai innovatiivisesta työympäristöstä.

Berthon tutkijakollegoineen (2005) kehittivät empiirisessä tutkimuksessaan työnantajan vetovoimaisuuden mallin. He määrittelivät vetovoimaisuuden tietyssä organisaatiossa työskentelemiseen liitettyinä etuuksina. Tutkimuksessa tunnistetut vetovoimaisuuden osatekijät ja arvot olivat mielenkiintoisuus, sosiaalisuus, taloudellisuus, kehittyminen ja soveltaminen. Mielenkiintoisuus vetovoimaisuuden osatekijänä sisältää esimerkiksi luovan työympäristön ja uudenlaisten työkäytäntöjen hyödyntämisen. Sosiaalinen ulottuvuus tarkoittaa hyvää työilmapiiriä, hyviä kollegiaalisia suhteita työpaikalla ja tiimityöskentelyä. Taloudelliset arvot vetovoimaisuudessa liittyvät keskimääräistä korkeampaan palkkaan ja muihin etuuksiin sekä turvattuihin työnäkymiin. Kehittyminen ja soveltaminen kuvaavat ominaisuuksia kuten työnantajaan liittyvä arvostus, hyödyllisyys työuran kannalta, mahdollisuudet soveltaa osaamistaan ja opettaa muita.

Työnantajakuva rakentumista on mallinnettu prosessina, jonka aluksi organisaation arvojen ja organisatoristen ominaispiirteiden perusteella muodostuu organisaation arvolupaus työnantajana. Organisaatio kommunikoi arvolupauksensa sisältöä työnantajana potentiaalisille ja nykyisille työntekijöille, joille muodostuu sen pohjalta organisaatiosta työnantajakuva. (Chhabra & Sharma 2014, 57.) Työnantajakuvaa määrittelevät organisaatioon liittyvät mielikuvat, jotka rakentuvat paitsi organisaation

arvolupauksen perusteella, myös muista lähteistä saadun tiedon perusteella. Työnantajakuva taas vaikuttaa organisaation vetovoimaisuuteen työnantajana. (Backhaus & Tikoo 2004, 504–505.) Kuvio 1 havainnollistaa käsitteiden välisiä suhteita ja työnantajakuvan rakentumista.

Vetovoimaisuus on toisaalta nähty myös edellytyksenä hyvälle työnantajakuvalle, eli mitä vetovoimaisempana työnantajaa pidetään, sen vahvempi työnantajakuva ja siihen liittyvä organisaation aineeton pääoma on (Berthon ym. 2005, 156). Yksilön näkökulmasta vetovoimaisuus perustuu siihen, millaisia haluttuja ominaisuuksia työnantajalla nähdään olevan ja kuinka tärkeinä yksilö nämä ominaisuudet näkee (Backhaus & Tikoo 2004, 505).



**Kuvio 1. Työnantajakuvan rakentuminen** (Mukaiillen Backhaus & Tikoo 2004 ja Chhabra & Sharma 2014.)

Työnantajakuvan rakentumisen malli pohjustaa käsitystä työnantajakuvan kehittämisen puitteista tutkielmassa. Edellä määriteltiin työnantajakuvan kehittämisen päämääräksi yksilöllisen ja erottuvan työnantajaidentiteetin luominen, vetovoimaisuus työnantajana huipputaajien houkuttelemiseksi sekä henkilöstön sitouttaminen organisaatioon. Kehittämisen perustarkoituksena nähdään tässä tutkielmassa lisäksi työnantajaan liittyvien positiivisten mielikuvien vahvistaminen.

## 2.4 Terveyskeskusten työnantajakuvan aikaisempi tutkimus

Seuraavassa käydään läpi tutkimusaiheen aiempaa tutkimusta tietokantahakujen valossa. Tiedonhaun perusteella voidaan todeta, että etenkin kotimainen vetovoimaisuuden tutkimus terveydenhuollossa on keskittynyt sairaalaympäristöön ja erikoissairaanhoidon kontekstiin. Työnantajakuva on lähestytty kirjallisuudessa erityisesti opiskelijoiden tai nuorten työntekijöiden näkökulmasta. Tämä pro gradu -tutkielma lähestyy aihetta terveyskeskusorganisaation näkökulmasta, ja täydentää aiempaa tutkimusta kahdella tavalla. Ensinnäkin, tutkielma tarttuu aiheeseen perusterveydenhuollon tasolla, missä aikaisempi tutkimus on selkeästi suppeampaa kuin erikoissairaanhoidon puolella. Toiseksi tutkielman näkökulma täydentää työnantajakuva ja vetovoimaisuutta koskevaa kirjallisuutta tuomalla opiskelija- ja henkilöstönäkökulman rinnalle tietoa esimiestason näkemyksistä työnantajakuvan merkityksestä ja kehittämismahdollisuuksista.

### *Kotimainen tutkimuskirjallisuus*

Suomalaisten kirjastojen yhteistietokannasta Melindasta löytyi 1221 viitettä tekemällä asiasanahaun yleisen suomalaisen asiasanaston hakusanalla ”terveyskeskukset”. Viitteitä läpikäymällä otsikkotasolla voidaan todeta niiden jakaantuvan pääpiirteittäin seuraaviin teemoihin: muutosjohtaminen ja laatu näkökulma, tuloksellisuusnäkökulma, ulkoistaminen ja kilpailuttaminen, erilaiset julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyömuodot, työtyytyväisyys, työhyvinvointi ja henkilöstön kehittäminen, ICT, sekä selkeästi hoitotyöhön, potilastyöskentelyyn ja asiakasnäkökulmaan keskittyvät tulokset. Lisäksi joukossa on ryhmä muita viitteitä, esimerkiksi terveyskeskuskiinteistöihin liittyviä tuloksia sekä kaunokirjallisia viitteitä.

Tarkentamalla hakua terveyskeskuksiin työnantajina viitteiden määrä on huomattavasti alhaisempi. Tutkimuksen aihepiirin perusteella valittiin hakusanoiksi ”terveyskesk? OR terveysasem? OR terveydenhuol?” AND ”työnantajakuva OR vetovoim?”. Haku toistettiin Melinda-tietokannan lisäksi kotimaisessa artikkeliviitetietokannassa Artossa ja Google Scholar -hakupalvelussa. Melindasta viitteitä löytyi 35, Artosta ei löytynyt hakusanoja vastaavia viitteitä. Google Scholar ei antanut uusia relevantteja viitteitä Melindan jo löytämien viitteiden lisäksi. Parhaiten hakutuloksista tämän tutkielman aihetta vastasivat kaksi pro gradu -työtä. Aino Lepäntalo (2013) on tutkinut

terveyskeskustöön vetovoimaisuutta nuorten lääkärien näkökulmasta. Marika Sukeva (2013) taas on kirjoittanut julkisen terveydenhuollon työnantajakuvasta tutkimalla lääkäri- ja sairaanhoitajaopiskelijoita. Lisäksi opinnäytetyötasolla on käsitelty vetovoimaisuustekijöitä Turun terveystoimessa sijaishankintatoimiston näkökulmasta (Luotonen 2006). Neljä viitettä liittyivät yleisesti terveydenhuollon alalle hakeutumiseen ja alan vetovoimaisuuteen.

Viitteistä 15 liittyivät sairaala- tai erikoissairaanhoidon ympäristöön. Näistä viitteistä tämän tutkielman aihepiiriä vastasi parhaiten Kääriäisen ym. (2009) kuvaus vetovoimaisen hoitotyön mallista ja sen piirteistä OYS:n ERVA-alueen sairaaloissa. Lisäksi hakutuloksiin lukeutui kuusi kappaletta erilaisten kehittämishankkeiden tai toimintaohjelmien raportteja sekä viisi muuta tulosta liittyen terveydenhuollon henkilöstöjohtamiseen.

#### *Kansainvälinen tutkimuskirjallisuus*

Kansainväliseen tutkimuskirjallisuuteen perehdyttiin toistamalla asiasanahaku EBSCOhost- ja Wiley Online Library -tietokannoissa. Hakusanoina käytettiin ”primary care OR primary health care OR health centre” AND ”employer image OR attractiveness OR employee recruitment”. Haku rajattiin vertaisarvioituihin artikkeleihin. Taulukossa 1 on tiivistetty hakutulokset.

EBSCOhost-tietokannassa hakua vastaavia tuloksia oli 26 artikkelia. Yksikään hakutuloksista ei lähestynyt aihetta käsittelemällä perusterveydenhuollon organisaatioiden työnantajakuva, mutta hakutuloksista yhteensä 15 artikkelia keskittyi terveydenhuollon ammattihenkilöiden rekrytointiin ja sitouttamisen haasteisiin ja ratkaisuihin. Näistä 11 kappaletta käsitteli ainoastaan hoitajien rekrytointia ja sitouttamista ja kaksi artikkelia ainoastaan lääkäreiden rekrytointia ja sitouttamista. Kolme artikkelia käsitteli molempia ammattiryhmiä. Kaksi artikkelia käsitteli yleisemmin lääkäreiden uravalintaa ja yleislääketieteen erikoisalaa.

Wiley Online Library -tietokannassa haku tuotti 23 osumaa. Yhtään hakutulosta ei vastannut tämän tutkielman aihetta suoranaisesti. Seitsemän artikkelia käsitteli terveystalouden järjestämistä. Kaksi hakutulosta liittyi terveydenhuoltohenkilöstön



työhyvinvointiin ja neljä artikkelia lääkäreiden uravalintaan ja yleislääketieteen erikoisalaan.

	<b>EBSCOhost</b>	<b>Wiley Online Library</b>
Rekrytointi ja sitouttaminen	15	-
Palveluiden järjestäminen	2	7
Työhyvinvointi	-	2
Lääkäreiden uravalinta ja yleislääketieteen erikoisala	2	4
Kliiniset lääketieteelliset ja epidemiologiset tutkimukset	6	9
Muut	1	1
<b>Yhteensä</b>	<b>26</b>	<b>23</b>

**Taulukko 1. Hakutulokset tutkimusaihetta käsittelevästä aiemmasta tutkimuksesta EBSCOhost- ja Wiley Online Library -tietokannoista**

### 3 PERUSTERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMINEN SUOMESSA

*Perusterveydenhuolto* määritellään terveydenhuoltolaissa (1326/2010, 3§) seuraavasti:

”Tässä laissa tarkoitetaan *perusterveydenhuollolla* kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoidoa, kotisairaanhoidoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa; perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveystyö”

#### 3.1 Lainsäädäntö, tehtävät ja organisaatiot

Keskeisimmät perusterveydenhuollon järjestämistä koskevat lait ovat terveydenhuoltolaki ja kansanterveyslaki. Kansanterveyslaki on tullut voimaan vuonna 1972, ja siinä määritellään perusterveydenhuollosta vastaavat tahot ja määrätään perusterveydenhuollon järjestämisestä. Kansanterveyslain merkitys suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kehittymiselle ja terveyskeskusverkoston synnylle on ollut historiallisesti suuri (Mattila 2011, 144–155). Kansanterveystyötä yleisesti suunnittelee, ohjaa ja valvoo Sosiaali- ja terveysministeriö, sen lisäksi aluehallintovirasto vastaa ohjauksesta ja valvonnasta omalla toimialueellaan (Kansanterveyslaki 66/1972, 2§).

Järjestämisvastuu on kunnilla. Kansanterveyslain mukaan ”kunnan on pidettävä huolta kansanterveystyöstä sen mukaan kuin tässä laissa tai muutoin säädetään tai määrätään” (66/1972, 5§), ja toimeenpanosta huolehtii kunnan määräämä monijäseninen toimielin (66/1972, 6§). Tämä toimielin on yleensä lautakunta, tavallisimmin perusturvalautakunta tai sosiaali- ja terveyslautakunta (Kuntaliitto 2015). Myös terveyskeskuksen tehtävästä ja olemassa olosta on määrätty laissa: ”terveydenhuoltolain 13–22 ja 24–29 §:ssä tarkoitettuja toimintoja varten tulee kunnalla olla terveyskeskus. Sen toimintoja voidaan tarpeen mukaan sijoittaa sivuvastaanotoille tai järjestää liikkuvien toimintayksiköiden avulla” (66/1972, 15§).

Terveyskeskus voi olla usean kunnan yhteinen. Perusterveydenhuollon voi järjestää yksittäisen kunnan lisäksi yhteistoiminta-alue, joka voi olla organisoitu joko

kuntayhtymän muotoon tai vastuukuntamallin mukaisesti. Kuntayhtymä tarkoittaa kuntien muodostamaa yhteenliittymää, jolle kunnat ovat luovuttaneet tiettyjen tehtävien hoitamisen, kun taas vastuukuntamallissa yksi kunta hoitaa tehtäviä muiden puolesta sopimuksen mukaisesti. (Kuntaliitto 2015.) Kuntaliiton tekemän selvityksen mukaisesti vuonna 2015 Suomessa on 301 kuntaa, joista 89 järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut itse. Kuntayhtymiä on 31, joissa on mukana 128 jäsenkuntaa, ja vastuukuntamallin mukaisia järjestelyjä on 32, joissa on mukana 84 kuntaa. Terveyskeskuksia Suomessa oli 152 vuonna 2015. (Kuntaliitto 2015.)

Kunta voi täyttää järjestämisvastuunsa myös hankkimalla kaikki tai osan palveluita muiden julkisten palveluntuottajien lisäksi yksityisiltä palveluntuottajilta (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014a). Yksityiset terveyspalvelut täydentävät muutenkin perusterveydenhuollon palveluita. Suomessa kansanterveysjärjestelmän rinnalla on sairausvakuutuksen korvaama yksityinen terveydenhuolto (Mattila 2011,153), joka kattaa perusterveydenhuollon osalta esimerkiksi yksityiset lääkärikeskukset. Myös työterveyshuolto on osa perusterveydenhuollon palveluita, ja työterveyshuoltokin on sairausvakuutuksen piirissä. Palveluita tarjotaan niin terveyskeskuksissa kuin yksityisissä lääkärikeskuksissakin. (Mattila 2011, 166–171.)

Perusterveydenhuollon tehtävät on määritelty terveydenhuoltolaissa. Terveyskeskuksen tehtävät jakaantuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä sairaanhoitoon. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kattaa terveysneuvonnan ja terveystarkastukset, seulonnat, neuvolapalvelut, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon, työterveyshuollon, merenkulkijoiden terveydenhuollon, iäkkäiden neuvontapalvelut ja ympäristöterveydenhuollon. Sairaanhoidon tehtävät tarkoittavat sairaanhoitoa, kotisairaanhoitoa, suun terveydenhuoltoa, mielenterveystyötä ja lääkinnällistä kuntoutusta. Sairaanhoito sisältää avosairanhoidon ja vuodeosastotoiminnan. Avosairaanhoito on perinteisesti terveyskeskustöön ytimeksi miellettyä vastaanottotoimintaa, joka käsittää muun muassa lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajan vastaanotot. (Kuntaliitto 2015.) Terveyskeskuksen tehtävät näkyvät terveyskeskusorganisaatioissa eritoten toiminnan organisoimisessa asiakasryhmäkohtaisesti. Terveyskeskuksen sisällä toimii esimerkiksi äitiys- ja

lastenneuvoloita, kouluterveydenhuollon yksiköitä ja hammashoitoloita. (Lehto 2012, 377.)

Terveyskeskus organisaationa voi olla siis hyvin hajanainen. Ensinnäkin terveyskeskuksen tehtäväkenttä on hyvin laaja. Lisäksi terveyskeskusorganisaatio on usein myös maantieteellisesti hajanainen, jos toiminta on jaettu useampaan sivutoimipisteeseen ja erillisiin yksiköihin. Monimutkaisuutta lisäävät myös erilaiset mahdolliset yhteistoiminta-alueisiin liittyvät kuntien väliset järjestelyt. Osa toiminnoista voi olla ulkoistettu, mikä myös lisää hajanaisuutta. Huomioitavaa on myös se, että terveyskeskukset ovat poliittisen ohjauksen alaisia organisaatiota.

### **3.2 Terveyskeskusten henkilöstö, käyntimäärät ja kustannukset**

Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen omassa tuotannossa työskenteli vuonna 2014 yhteensä 258 567 henkilöä, joista 132 387 työskenteli terveyspalveluiden parissa. Terveyskeskukset ja muut yleislääkäripalvelut työllistivät 44 417 henkilöä, sisältäen hammashoidon palvelut. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a.) Taulukkoon 2 on poimittu suurimpien ammattiryhmien henkilöstömääriä kuntien palveluksessa lääkäripalveluissa (terveyskeskukset ja hammashoito, yleislääkärin vastaanotto, neuvolat ja kouluterveydenhuolto). Edellä mainitut luvut eivät sisällä ostopalvelua yksityiseltä sektorilta.

Terveyskeskuskäyntejä Suomessa vuonna 2013 toteutui noin 23,6 miljoonaa, joista lääkärikäyntejä oli 6,8 miljoonaa ja käyntejä muun ammattihenkilön luona oli 16,8 miljoonaa. Asiakkaita terveyskeskuksissa oli 3,6 miljoonaa. Suun terveydenhuollossa käyntejä toteutui lähes 5 miljoonaa, ja suun terveydenhuollon asiakkaita oli 1,7 miljoonaa. Lisäksi terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettiin vuoden 2013 aikana noin 149 000 potilasta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

Perusterveydenhuollon kokonaismenot olivat vuonna 2013 noin 3,8 miljardia euroa, mikä vastaa 20,4 % kaikista terveydenhuollon menoista. Yksityisiltä palveluntuottajilta kunnat ja kuntayhtymät ostivat palveluita 228 miljoonalla eurolla tilastovuonna 2013. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015c.)

<b>Ammattiryhmä</b>	<b>Henkilöstömäärä</b>
Lääkärit ja erikoislääkärit	4 234
Hammaslääkärit	2 225
Sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja kätilöt	14 188
Lähihoitajat	8 523
Fysioterapeutit	1 689
Suuhygienistit	922
Toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät	1 465

**Taulukko 2. Kuntien oman tuotannon henkilöstömääriä ammattiryhmittäin lääkäripalveluissa vuonna 2014. (Mukaillen Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015a.)**

### **3.3 Lääkäri työvoima ja terveyskeskukset lääkärikoulutuksessa**

Vaikeudet saada lääkäreitä perusterveydenhuoltoon erityisesti syrjäseuduille on kansainvälinen ilmiö (Saxen 2009, 16). Suomessa terveyskeskusten lääkäritilanne on vaihdellut jonkin verran viime vuosikymmeninä, tilanteen ollessa hyvä 1990-luvun lamavuosien aikaan ja heikentyessä 2000-luvulla. Esimerkiksi vuonna 2008 koko maan terveyskeskusten lääkärivaje oli noin 11 %, mutta viime vuosina lääkäritilanne terveyskeskuksissa on jälleen ollut paranemassa lääkärivajeen vakiinnuttua noin kuuteen prosenttiin. (Saxen 2009, 16–17; Lääkäriliitto 2014.) Terveyskeskusten lääkäri työvoima on verrattain nuorta, vuonna 2014 terveyskeskuslääkäreistä 32 % oli alle 34-vuotiaita (Lääkäriliitto 2015, 26).

Terveyskeskukset ovat mukana lääkäreiden peruskoulutuksessa, yleislääketieteen erityiskoulutuksessa ja erikoistumiskoulutuksessa. Hajauttamalla opetusta yliopistokaupunkien ulkopuolelle on pyritty helpottamaan valmistuvien lääkäreiden siirtymistä töihin myös syrjäisemmille alueille. (Saxen 2009, 21–22.) Koulutuksen sisällöllä ja toteuttamistavoilla on siis nähty olevan myös työvoimapoliittista painoarvoa.

Lääkärikoulutukseen liittyvä lainsäädäntö on ollutkin melko tiheän uudistamisen kohteena. 1980-luvulta alkaen lääkärikoulutukseen sisältyi orientoiva palvelu, jonka suorittaminen vaadittiin täyslaillistuksen, eli täyden ammatinharjoittamisoikeuden saamiseksi. Orientoiva palvelu oli vuoden mittainen, ja se oli jaettu terveystieteiden- ja sairaalapalveluun. Orientoiva palvelu lakkautettiin 1995 ja korvattiin kahden vuoden mittaisella perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheella (EU-maissa tunnetaan yleisemmin yleislääketieteen erityiskoulutuksena), jonka suoritettuaan lääkäri sai itsenäisen ammatinharjoittamisoikeuden yleislääkärinä. Myöhemmin lisäkoulutusvaihe pidennettiin kolmen vuoden mittaiseksi. Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen tavoitteena on erityisesti perehdyttää perusterveydenhuollon tehtäviin, terveydenhuollon hallintoon ja sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen yhteistyöhön. Vähintään yhdeksän kuukautta lisäkoulutusvaiheesta on suoritettava terveystieteidenkeskuksessa. (Kekki 2012, 126; Saxen 2009, 22.)

Vuonna 2010 päätettiin niin kutsutun kaksoislaillistuksen purkamisesta, eli lisäkoulutusvaihetta ei enää vaadita täyden ammatinharjoittamisoikeuden saamiseksi. Kaksoislaillistuksen purkamisen yhteydessä esitettiin huolestuneita kannanottoja sen käytännön vaikutuksista, esimerkiksi silloinen peruspalveluministeri toi esiin, että käytännössä lisäkoulutusvaihe on todettu hyväksi keinoksi saada lääkäreitä terveystieteidenkeskuksiin. Toisaalta tuotiin esille myös vastakkaisia mielipiteitä siitä, ovatko lainsäädännölliset pakkokeinot hyvä tapa saada motivoituneita työntekijöitä perusterveydenhuoltoon. Lisäkoulutusvaihe on edelleen pakollinen, mikäli aikoo työskennellä toisessa EU- tai ETA-maassa yleislääkärinä, sekä useimmiten koulutus on vaatimuksena myös vakinaiseen terveystieteidenkeskuslääkärin virkaan. (Halila 2005; Järvi 2010.)

Valtaosa lääkäreistä on erikoistunut tai aikoo erikoistua, vuonna 2014 lääkäriytyövoimasta yli 60 % oli suorittanut erikoislääkärin jatkotutkinnon. Terveystieteidenkeskuslääkäreistä 43 % oli erikoislääkäreitä ja 39 % erikoistumassa. (Lääkäriliitto 2015, 26.) Yleislääketiede on keskeinen erikoisala terveystieteidenkeskusten näkökulmasta, ja yleislääkäriä pidetäänkin yhtenä perusterveydenhuollon keskeisenä työntekijänä (Kekki 2012, 128–129). Onkin ymmärrettävää, että myös yleislääketiede erikoisalana ja sen asema vaikuttanee lääkärikunnan näkökulmasta yleensä perusterveydenhuollon organisaatioiden

työnantajakuvaan ja vetovoimaisuuteen kokonaisuutena. Terveyskeskustyön arvostuksen ja imagon on nähty olevan sidoksissa laajemmin esimerkiksi median esiin nostamiin yksittäistapauksiin, koulutuksessa siirtyviin piiloasenteisiin lääketieteen opetuksen painottuessa yliopistosairaaloihin sekä vuokrafirmojen kuntia aktiivisempaan rekrytointitoimintaan (Ahlblad 2009).

### **3.4 Terveyskeskusten kehittäminen**

Terveyskeskus organisaationa sai alkunsa kansanterveyslain myötä 1972. Ennen kansanterveyslakia perusterveydenhuollosta vastasivat pääasiallisesti kunnanlääkärit, jotka toimivat suhteellisen itsenäisesti ja pääosin myös yksityisinä ammatinharjoittajina. Kansanterveyslain tavoitteina olivat muun muassa suurempi panostus kansanterveystyöhön ja ennalta ehkäisevään terveydenhuoltoon sekä terveyspalveluiden parempi saavutettavuus koko maan alueella. (Mattila 2011, 132–135.) Kansanterveyslakia suunniteltaessa kunnalliset terveyspalvelut päätettiin sijoittaa terveyskeskukseen, joka on hallinnollinen toimintayksikkö. Lain myötä alkoi vilkas terveyskeskusten tilojen rakentaminen valtionosuuksien turvin, ja lain siirtymä- ja toimeenpanoaika kestivätkin koko 1970-luvun. Lääkärien määrä perusterveydenhuollossa kasvoi myös voimakkaasti tänä aikana. (Mattila 2011, 147–152.)

1980-luvun alkaessa kansanterveyslain käynnistämät suuret uudistukset oli saatu valmiiksi ja terveyskeskusjärjestelmä kattoi koko maan. Onkin luonnehdittu, että kansanterveyslain toimeenpanon jälkeistä ajanjaksoa leimasi jonkinasteinen kiinnostuksen lasku terveydenhuollon kehittämistä kohtaan. 1980-luvun puolivälissä alkoi poliittisessa keskustelussa korostua terveyskeskusten toiminnan taloudellisen tehokkuuden vaatimukset, joita perusteltiin resurssien kasvun niukkuudella ja palvelutarpeiden kasvamisella väestön ikärakenteen muuttuessa. 1990-luvun taloudellinen lama korosti näitä vaatimuksia entisestään. (Mattila 2011, 153–154.) Samanaikaisesti kuitenkin perusterveydenhuollon tehtävät ovat laajentuneet, sillä 1980-luvulta alkaen esimerkiksi suun terveydenhuollon kattavuutta väestössä on kasvatettu järjestelmällisesti, sekä 1990-luvulta saakka myös sosiaalihuolto ja

mielenterveyspalvelut ovat integroitu entistä kiinteämmin perusterveydenhuollon kokonaisuuteen (Kekki 2012, 108; Lehto 2012, 372).

Terveyskeskuksiin osana terveydenhuoltojärjestelmää vaikuttaneita valtakunnallisia toimenpiteitä 1990- ja 2000-luvulla ovat etenkin valtionosuusuudistus vuonna 1993 ja hoitotakuun säätäminen 2002. Valtionosuusuudistus 1993 vähensi keskushallinnon normiohjausta merkittävästi, ja näin ollen lisäsi kuntien vapautta järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut haluamallaan tavalla. Myös kansanterveystyön suunnittelu- ja raportointivelvollisuudet poistettiin, sekä samassa yhteydessä palvelujen laajamittainen ulkoistaminen terveyskeskuksissa tuli mahdolliseksi. Erityisesti lääkärin vuokraustoiminta ja sen myötä muidenkin toimintojen ulkoistaminen alkoi ilmentua terveyskeskuksiin vuosituhannen vaihteessa. (Kekki 2012, 182–183; 208–209.) 2000-luvun alussa hoidon saatavuus ja pitkät hoitojonot olivat selkeä ongelma terveydenhuollossa valtionosuusuudistuksen seurauksena, sillä kuntatalous määritteli terveydenhuollon resursseja suoraan, eikä valtion informaatio-ohjaus ollut osoittautunut riittävän tehokkaaksi keinoksi kansalaisten tasavertaisten palveluiden varmistamiseksi. Vuonna 2001 valtioneuvosto päätti kansallisesta hankkeesta terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, jonka osana alettiin valmistella hoitoaikojen sääntelyä hoitotakuulla. (Mattiila 2011, 230–232.)

Periaatepäätöksessä, joka annettiin vuonna 2002, korostettiin perusterveydenhuollon roolia ja ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa. Perusterveydenhuollon ammattilaisen arvioon pääsyle asetettiin enimmäisodotusajaksi kolme vuorokautta yhteydenotosta, ja terveyskeskuksia veloitettiin järjestämään toimintaa niin, että virka-aikana välitön yhteydensaanti terveyskeskukseen potilaalle oli turvattu. Hoitotakuuta koskevat säännökset tulivat voimaan 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2008 teettämän arvioinnin mukaan kuitenkin hoitotakuulain vaikutukset perusterveydenhuollon toimivuuteen olivat jopa negatiiviset. Erityisesti mainittiin terveyskeskuslääkäreiden saatavuuden heikentyminen ja terveyskeskusten vetovoimaisuuden aleneminen. (Mattiila 2011, 232–240.)

Työn järjestämistä terveyskeskuksissa on pyritty kehittämään koko terveyskeskusten historian ajan vastaamaan paremmin väestön tarpeisiin sekä ammattihenkilöiden työn tukemiseksi. Terveyskeskusjärjestelmän alkuvuosina mallia haettiin erityisesti



sairaalaorganisaatioista, ja työtä järjestettiin erikoissairaanhoidon ajatusten mukaisesti erityisvastaanotoille tiettyjen sairauksien mukaisesti. Tämän koettiin kuitenkin johtavan pirstaleiseen palvelujärjestelmään ja kokonaisvastuun potilaan hoidosta koettiin olevan kadoksissa. Alettiin korostaa perhe- ja yksilökeskeisyyttä sekä hoidon saatavuutta ja jatkuvuutta terveyskeskustyön organisoimisessa. Tältä pohjalta 1980-luvulla toteutettiin ensin muutamassa kaupungissa omalääkärikokeilu, jonka perustalta kehitettiin väestövastuumalli. Väestövastuumallissa kukin terveyskeskuslääkäri huolehtii määritellystä vastuuväestöstä. Mallia tukee lääkäreiden palkkausjärjestelmä, joka palkitsee työn tuloksellisuudesta mitattuna tuotettujen sairaanhoitopalveluiden määrällä. (Saarelma 1995; Kekki 2012, 114–115.)

Väestövastuumalli omaksuttiin käyttöön terveyskeskuksissa siten, että vuonna 1993 mallin ja väestövastuuperusteisen palkkauksen piirissä oli noin 600 lääkäriä silloisesta noin 3 000 terveyskeskuslääkäristä. Väestövastuuperiaate tai omalääkärijärjestelmä on edelleen käytössä monissa terveyskeskuksissa, mutta maanlaajuisesti sitä ei koskaan omaksuttu, ja myös monissa kunnissa järjestelmä on purettu sittemmin. (Saarelma 1995; Kuntaliitto 2015.) Kuntatyönantajan taholta väestövastuumalli on koettu kustannustehokkaaksi (Saarelma 1995), mutta ongelmaksi on nimetty mallin kuormittavuus lääkärityön näkökulmasta. Väestövastuumalli on työajaton järjestelmä, ja vastuuväestöjen kasvaessa suureksi työkuorman on nähty vaikeuttavan lääkäreiden rekrytointia. Erilaiset listautumismallit ovat omalääkärijärjestelmän sovellutus, joissa potilaat voivat valita lääkärinsä listautumalla tietyn lääkärin potilaaksi. Lääkärin on mahdollista säädellä työkuormaansa vaikuttamalla listansa kokoon. (Honkanen 2008.)

Työnjako, työryhmätyöskentely sekä moniammatillinen yhteistyö ovat olleet myös keskeisiä kehittämiskohteita käsiteltäessä työn järjestämistä terveyskeskuksissa. Moniammatillisia työryhmiä, joissa eri ammattiryhmien edustajat yhdessä paikallisesti suunnittelevat ja tuottavat palvelut, on esitetty ratkaisuksi asiakkaiden muuntuvien tarpeiden parempaan tyydyttämiseen sekä perusterveydenhuollossa tarvittavan yleisosaamisen ja enenevässä määrin vaadittavien erityistaitojen väliseen ristiriitaan (Saarelma 1995). Tiimityöskentelyä on esitetty esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisessa suunnitelmassa vuodelta 1992 väestövastuuperiaatteeseen nojaavaan malliin sisällytettäväksi siten, että vastuuväestön

hoidosta ja palveluista vastaa lääkäri, terveydenhoitajan ja muun henkilöstön muodostama ryhmä (Kekki 2012, 177).

Lääkäreiden ja hoitajien välistä työnjakoa on pyritty muokkaamaan erilaisissa kehittämishankkeissa. Muun muassa Terveystieteiden tutkimuskeskus -hankkeen yhteydessä valtaosassa terveyskeskuksia on esimerkiksi aloitettu hoitajien vastaanottoja akuuttien infektioiden ja pitkäaikaissairaiden hoitoon, laajennettu työnkuvia tai toteutettu tehtävien siirtoja (Peltonen 2009, 42). Työparimalli on työnjakomalli, jossa lääkäri ja hoitaja työskentelevät tiiviissä yhteistyössä työparina. Työparityöskentelyn keskeinen ominaisuus on se, että potilas ottaa tavallisesti yhteyttä suoraan omaan hoitajaan, ja tätä kautta hoitajan on mahdollista arvioida potilaan tilannetta ja hoidon tarvetta, koordinoida potilaan hoitoa sekä varata potilaalle aika joko omalle vastaanotolleen tai ohjata potilas työparilääkäriin vastaanotolle sovituin esivalmisteluin (Peltonen 2009, 51). Peltosen väitöskirjassa (2009) työparityöskentelystä saadut tulokset olivat verraten positiivisia.

Terveyskeskusten toiminnan kehittämistä viime vuosikymmeninä voitaneen luonnehtia hankepainotteiseksi lukuisten erillisten hankkeiden ja laajempiin terveys- ja kuntapoliittisiin ohjelmiin kuuluvien osaohjelmien perusteella. Laajoja terveyskeskuksia koskeneita hankkeita ja ohjelmia ovat olleet esimerkiksi kunta- ja palvelurakenneuudistukseen liittynyt Paras-hanke 2007-2011, terveyden edistämiseen keskittyvät kansanterveyspoliittiset ohjelmat Terveystietä kaikille vuoteen 2000 ja Terveystietä 2015 sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste, jonka puitteissa on toteutettu lukuisia alueellisia hankkeita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001; 2012; Mattila 2011, 241–242.) Kaste-ohjelmaan liittyi myös Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelma vuosina 2009-2011. Toimenpideohjelman keskeisiä teemoja olivat terveyshyödyn tuottaminen terveyskeskuksissa ja asiakaskeskeisyys sekä henkilöstön työhyvinvointi, saatavuus ja pysyvyys. Erityistä huomiota ohjelmassa kiinnitettiin terveyskeskusten toiminnan vaikuttavuuteen, jota pyrittiin parantamaan muun muassa ottamalla käyttöön pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (Chronic Care Model). Mallissa pyritään huomioimaan etenkin suurimmat potilasryhmät ja kohdentamaan voimavaroja pitkäaikais- ja monisairaiden potilaiden hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Terveyskeskusten kehittämiseen liittyy kiinteästi hahmotus siitä, mitä pidetään terveyskeskusten tehtävien painopisteenä. Kansainvälisesti kaikkien keskeisimpien perusterveydenhuollon toimintojen, yleislääkärikeskeisen ”perussairaanhoidon”, terveyden edistämisen ja ehkäisevien terveyspalveluiden, kokoaminen yhteen organisaatioon on poikkeuksellinen ratkaisu. (Lehto 2012, 372.) Terveyden edistäminen oli kansanterveyslain valmisteluvaiheessa vahvasti esillä, mutta jo 1970-luvulla yleislääkärivetoinen sairaanhoito nousi vahvemmin esiin kehittämistyön painopisteenä. Rimpelä (2011, 26) esittääkin, että terveyden edistäminen ei koskaan toteutunut terveyskeskuksissa siinä laajuudessa, kuin terveyskeskusjärjestelmää suunniteltaessa hahmoteltiin. Eurooppalaisessa kontekstissa perusterveydenhuollon ja yleislääkärin rooli on kuvattu ”portinvartijana”, koska yleislääkäri toimii paitsi potilaan ensimmäisenä kontaktina, myös ainoana väylänä sairaala- tai erikoissairaanhoitoon. Suomessa terveyskeskuksen yleislääkärillä ei samanlaista asemaa ole, koska erikoistason hoitoon on useampia reittejä. (Back & Kekki 1997.)

Mattila (2011, 319) on luonnehtinut suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kehitystä pääosin polkuriippuvaiseksi, sillä merkittäviä käännekohtia ollut vähän, vaikka muutoksia on tehty melko paljon. Terveyskeskusten osalta toiminnan perusta on pysynyt samana koko terveyskeskusten historian ajan. Käynnissä olevaa sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistusta voidaan kuitenkin luonnehtia historiallisesti merkittäväksi. Hallituksen linjauksen (Valtioneuvosto 2015) mukaisesti vastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä siirtyy kunnilta itsehallintoalueille vuodesta 2019 alkaen, valtionohjausta vahvistetaan ja palveluiden käyttäjien valinnanvapautta lisätään erityisesti peruspalveluissa.

## **4 MAGNEETTISAIRAALATUTKIMUS JA MAGNEETTIMALLI**

### **4.1 Alkuperäinen tutkimus**

Magneettisairaala on käsite, joka sai alkunsa hoitotieteen tutkimuksessa 1980-luvulla Yhdysvalloissa. Alkuperäisessä tutkimuksessa McClure, Poulin, Sovie sekä Wandelt tutkivat American Academy of Nursing -tiedeakatemian toimeksiannosta sairaaloita, joilla ei ollut vaikeuksia hoitajien rekrytoimisessa ja joissa hoitajien vaihtuvuus oli alhainen. Työvoimatilanne terveydenhuollon alalla Yhdysvalloissa oli 1980-luvun alussa vaikea, jopa 80 % sairaaloista kärsi ammattitaitoisen hoitohenkilöstön puutteesta (McClure ym. 2002, 1). Tutkimusryhmä oli aiemmissa tutkimuksissaan havainnut, että rekrytointivaikeudet eivät koskeneet kaikkia sairaaloita, vaan pieni joukko onnistui houkuttelemaan työntekijöitä ongelmitta kovista kilpailuolosuhteista huolimatta. Tutkimuksen tarkoitus oli tunnistaa vetovoimaiset sairaalat, joita tutkimuksessa alettiin nimittää magneettisairaaloiksi, sekä tunnistaa näille sairaaloille ominaiset sairaalaorganisaatioon ja hoitotyön johtamiseen liittyvät piirteet. Tutkimus käynnistettiin syksyllä 1981 ja se julkaistiin vuonna 1983. (McClure ym. 2002, 1–2.) Suomalaisessa kirjallisuudessa magneettisairaaloista on käytetty myös nimitystä vetovoimainen sairaala (Kääriäinen ym. 2009, 3).

Magneettisairaaloiden tunnistamiseksi valittuja tiedeakatemian jäseniä pyydettiin nimeämään kriteerit täyttäviä sairaaloita omalta maantieteelliseltä alueeltaan ja perustelemaan valintansa. Kriteereiksi asetettiin rekrytointiedun ja alhaisen työvoiman vaihtuvuuden lisäksi hoitajien korkea työhyvinvointi sekä maantieteellinen sijainti alueella, jossa työvoimasta on kilpailua. Kyselyssä nimettiin 165 potentiaalista magneettisairaala. Näiden joukosta tutkimukseen valikoitui 41 sairaalan otos. Lopullinen otos muotoutui, kun sairaalat jaettiin maantieteellisesti neljään kategoriaan, sairaaloiden luovuttamat rekrytointiin ja työvoiman vaihtuvuuteen liittyvät tilastotiedot pisteytettiin ja jokaisesta maantieteellisestä kategoriasta valittiin kärkejoukko mukaan tutkimukseen. Seuraavassa vaiheessa magneettisairaaloiden ominaispiirteiden tunnistamiseksi kerättiin haastatteluaineisto. Haastattelut toteutettiin alueellisesti erillisinä ryhmähaastatteluina johtavassa asemassa toimiville hoitajille sekä hoitotyötä tekeville hoitajille. Lisäaineistona käytettiin organisaatiokaavioita ja muita

tutkimussairaaloissa hoitotyön kehittämiseen tai tukemiseen tarkoitettuja dokumentteja. (McClure ym. 2002, 3–7.)

Tutkittavista sairaalaorganisaatioista tunnistettiin useita vetovoimaisuutta lisääviä piirteitä, jotka tutkimusaineiston analyysissä jaettiin kolmen laajemman kokonaisuuden alle: hallinto, ammatilliset käytännöt ja ammatillinen kehittyminen. Tulosten mukaan tärkeimmässä roolissa olivat johtaminen sekä jatkuva panostaminen kehitykseen. Henkilöstöjohtamista kuvailtiin osallistavaksi, kuuntelevaksi, laadukkaaksi ja arvostavaksi. Tutkijat tiivistivät magneettisairaaloiden keskeisimmät erityispiirteet siten, että näissä sairaaloissa johtaminen tukee ammatillista työtä ja ilmapiiri kannustaa oppimiseen ja opettamiseen. Pyrkimykset parantaa toimintaa ulottuvat jokaiselle henkilöstötasolle. Huomattavaa oli myös erityisesti, että johtavassa asemassa olevien hoitajien ja suorittavan tason henkilöstöön kuuluvien hoitajien nimeämien vetovoimaisuustekijöiden välillä ei ollut eroa, vaikka ryhmien näkökulma erosikin hieman toisistaan. Myöskään sairaalan koolla tai maantieteellisellä sijainnilla ei ollut vaikutusta nimettyihin vetovoimaisuustekijöihin. (McClure ym. 2002, 8–19.)

Alkuperäinen magneettisairaalatutkimus antoi pontta mittavalle jatkotutkimustoiminnalle. Esimerkiksi Kramer ja Schmalenberg ovat keskittyneet tutkimustoiminnassaan 1980-luvulta asti erityisesti magneettisairaaloiden keskeisiin piirteisiin. Vuonna 2001 julkaistussa tutkimuksessa he selvittivät magneettisairaalan ydinominaisuuksia määrittelemällä magneettisuuden kyvyksi houkutella hoitajia, ylläpitää hoitajien työtyytyväisyyttä korkealla tasolla, tukea hoitotyön korkeaa laatua ja pitää hoitajat sairaalan palveluksessa. Tutkimukseen osallistui 279 hoitajaa tunnustetuista magneettisairaaloista. Aineisto kerättiin tutkimushaastatteluin, jotka sisälsivät sekä avoimia kysymyksiä että lomakkeella kerättäviä tietoja. Tutkimuksessa hyödynnettiin alkuperäisessä tutkimuksessa nimettyjen sairaalaorganisaatioiden ominaispiirteiden pohjalta kehitettyä 37 tekijän luetteloa, jota Kramer & Schmalenberg kutsuvat ”Essentials of Magnetism” -nimellä. Tutkimustulosten analyysissä kahdeksan tekijää nousivat näistä tärkeimmiksi magneettisairaalan ydinominaisuuksiksi. Ydinominaisuuksia olivat pätevien hoitajien kanssa työskentely, hyvät suhteet hoitajien ja lääkärien välillä, hoitajien autonomia ja vastuullisuus, kannustava lähiesimies, hyvin määritellyt hoitotyön käytännöt, koulutuksen tukeminen, riittävä hoitohenkilökunta sekä potilaskeskeinen

organisaatiokulttuuri. Tutkijat luonnehtivat magneettisairaala tiivistetysti sairaalana, jossa ammattitaitoisen ja riittävän hoitohenkilöstön tukena on hallinnollinen organisaatio, joka on luonut laatua, hyviä kollegiaalisia suhteita ja kliinistä autonomiaa vaalivan organisaatiokulttuurin. (Kramer & Schmalenberg 2002.)

Aiken tutkimusryhmineen on keskittynyt erityisesti tutkimaan hoitotyön organisaationaalisen ympäristön vaikutuksia hoitajien pysymiseen sairaalan palveluksessa sekä hoidon laatuun ja hoitotyön tuloksiin. Aiken niin ikään on tehnyt tutkimustyötä magneettisairaaloiden parissa 1980-luvun lopulta alkaen tuottaen sarjan tutkimuksia painottuen sairaaloiden toiminnan laatuun ja tuloksellisuuteen. Tutkimusten lähestymistapa on kvantitatiivinen. Tutkimusnäyttö tukee laajalti magneettisairaaloiden korkeatasoista tuloksellisuutta ja hoidon laatua. Esimerkiksi vuonna 1997 ja 1999 tehdyissä useissa tutkimuksissa Aiken kollegoineen osoittivat, että muun muassa hoitajien työuupumus, pistotapaturmat ja potilaskuolleisuus olivat merkittävästi alhaisemmalla tasolla AIDS-potilaita hoitavissa yksiköissä tunnustetuissa magneettisairaaloissa kuin verrokkisairaaloissa. (Aiken 2002, 61–73.)

Alkuperäisen vuoden 1983 magneettisairaalatutkimuksen perusteella American Academy of Nursing -tiedeakatemian jäsenet ehdottivat sellaisen järjestelmän luomista, jossa organisaatiot voisivat hakea kansallista tunnustusta erinomaisina terveydenhuollon organisaatioina. The Magnet Recognition Program® perustettiin vuonna 1990, ja tunnustuksen myöntää American Nurses Credentialing Center. (Urden & Monarch 2002, 103–104.) Kyseessä on siis amerikkalainen terveydenhuollon laatuohjelma, joka on saanut alkunsa magneettisairaalatutkimuksesta ja pohjautuu magneettisairaaloista saatuun tutkimukselliseen tietoon. Ohjelman tavoitteet ovat tunnistaa erinomainen hoitopalvelutuotanto, edistää laatua ja ammatillista hoitotyötä tukevia käytäntöjä sekä edesauttaa parhaiden käytäntöjen leviämistä hoivapalveluissa (Bliss-Holtz ym. 2004, 37). Ohjelmassa alkuperäisessä tutkimuksessa tunnistetut magneettisairaaloiden erityispiirteet nimettiin magneettitekijöiksi, ”forces of magnetism”. Magneettitekijöitä ohjelmassa oli alun perin 14. (Urden & Monarch 2002, 106–107.) Taulukossa 3 on alkuperäisen tutkimuksen mukaiset magneettitekijät lyhyesti kuvattuna.

<b>Magneettitekijä</b>	<b>Lyhyt kuvaus</b>
Hoitotyön johtajuuden laatu	Hoitotyön johtajat asiantuntevia, vahvoja, noudattavat julkilausuttuja periaatteita päivittäisessä johtamistyössä, tukevat henkilöstöä
Organisaatorakenne	Matala organisaatorakenne, päätöksenteko yksikkötasolla
Johtamistyyli	Osallistava johtamistyyli, toimivat palautejärjestelmät
Henkilöstöpolitiikka	Kilpailukykyinen palkkaus ja muut edut, joustavat työjärjestelyt
Ammatillisen hoitotyön malli	Hoitohenkilökunta toimii vastuullisena hoidon koordinaatiossa, hyvät hoitotyötä ohjaavat käytännöt
Hoidon laatu	Laadukkaan hoidon tarjoaminen potilaille organisaatiossa etusijalla
Laadun parannus	Laadun parantamisen toiminnot koulutuksellisia, henkilöstö osallistuu
Konsultointi ja resurssit	Riittävät konsultointi- ja muut henkilöstöresurssit, vertaistuki
Autonomia	Hoitohenkilöstöllä vapaus työskennellä itsenäisesti, käyttää omaa harkintaa ammatillisten vaatimusten mukaan
Yhteisö ja sairaala	Organisaatio näkyvillä ja osallistuu (paikallis)yhteisössä
Hoitajat opettajina	Hoitajat sisällyttävät opettamisen ammattirooliinsa ja toimintaansa
Hoitotyön imago	Hoitotyö nähdään koko organisaatiossa tärkeänä ja sitä arvostetaan
Ammattiryhmien väliset suhteet	Ammattiryhmien ja tieteenalojen välinen kunnioitus ja hyvät suhteet
Ammatillinen kehittyminen	Mittava panostus perehdytykseen, henkilöstön kouluttamiseen ja urakehitykseen, henkilökohtaista ja ammatillista kasvua tuetaan ja arvostetaan

**Taulukko 3. Magneettitekijät McCluren ym. alkuperäistä magneettisairaalatutkimusta mukaillen (Urden & Monarch 2002, 106–107; Lash & Munroe 2005, 327).**

## **4.2 Magneettimalli**

Alkuperäiset magneettitekijät alkoivat saada kritiikkiä osakseen 1990-luvun lopulla erityisesti siitä, että hoitajien rekrytointi ja vaihtuvuus eivät olleet enää terveydenhuollon organisaatioiden pääongelmia. Esimerkiksi Buchan (1999) on huomauttanut, että hoidon laatu ja organisaation tehokkuus ovat syrjäyttäneet henkilöstön saatavuuden keskeisinä

ongelmina terveydenhuollossa. Terveydenhuollon toimintaympäristön muutokset ovat johtaneet Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa muun muassa eri ammattiryhmien suhteellisten määrien muutoksiin terveydenhuollon organisaatioissa ja potilaiden hoitajaksojen lyhenemiseen. Taustalla ovat erityisesti taloudelliset syyt ja pyrkimykset supistaa terveydenhuollon menoja. Näistä johtuen osa magneettitekijöistä on saattanut kadota organisaatioista tai menettää merkityksensä. (Buchan 1999, 102–103.) Lisäksi Buchan esittää, että monet alkuperäisessä tutkimuksessa nimetyt sairaaloiden vetovoimaisuutta lisänneet piirteet ja ominaisuudet ovat vuosien saatossa levinneet normaaleiksi käytännöiksi valtaosassa sairaaloita, joten niitä ei voida pitää enää sairaaloita erottelevina ja vetovoimaisuutta lisäävinä ominaisuuksina (Buchan 1999, 104–106).

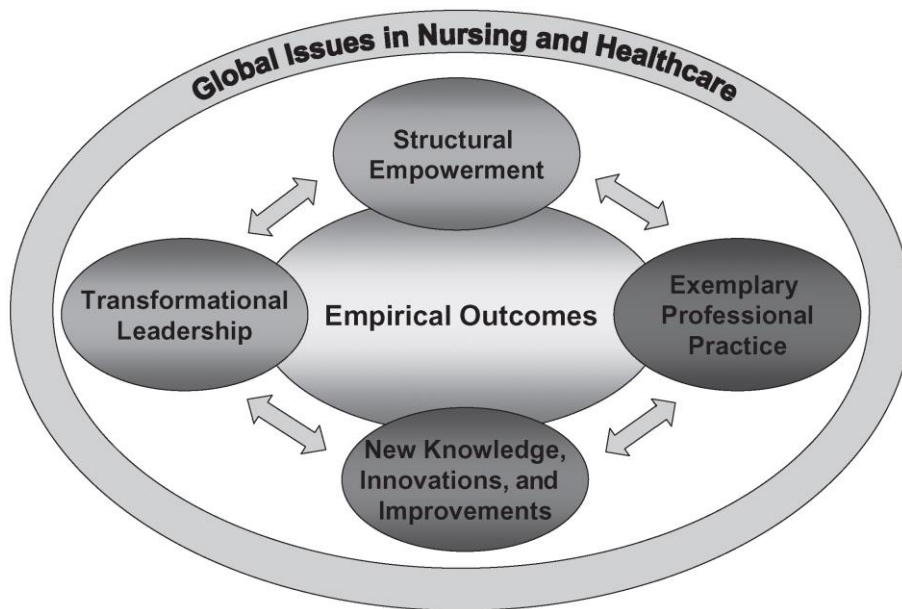
The Magnet Recognition Program® -laatuohjelman laajamittainen arviointi käynnistettiin Yhdysvalloissa vuonna 2004. Koska alkuperäiseen magneettisairaalatutkimukseen perustuvat magneettitekijät ovat laatuohjelman ytimessä, tarkoitti arviointi myös magneettitekijöiden tarkastelua ajankohtaisen toimintaympäristön ja tiedon valossa. Arvioinnin perusteella suositettiin dynaamisen mallin kokoamista alkuperäisten magneettitekijöiden pohjalta. Magneettitekijöitä kuvaavan mallin tarkoitus on selkeyttää magneettitekijöiden toiminnallista roolia palvelun laadukkuuden edistämiseksi, vähentää tekijöiden päällekkäisyyttä ja ilmentää paremmin organisaatiotutkimuksen ajanmukaista pyrkimystä kuvata organisaatioiden dynaamisuutta. (Wolf ym. 2008, 201.) Uuden mallin kehittäminen alkoi American Nurses Credentialing Centerin alaisen komitean (the Commission on Magnet) toimesta.

Uuden mallin kehittämisen lähtökohdaksi otettiin alkuperäiset 14 magneettitekijää. Tunnustettujen magneettisairaaloiden kasvanut joukko ja niistä saatavilla oleva laaja tietopohja mahdollistivat alkuperäisten magneettitekijöiden tilastollisen analyysin. Analyysin perusteella alkuperäiset neljätoista magneettitekijää voitiin ryhmitellä seitsemään ”magneettiklusteriin”: johtajuus ja henkilöstöjohtaminen, resurssien käyttö ja kehittäminen, hoitotyön malli, turvalliset ja eettiset käytännöt, autonomiset käytännöt, tutkimus sekä laatuprosessit. Koska nämä seitsemän osa-aluetta perustuivat vain alkuperäisten tekijöiden uudelleen ryhmittelyyn, haluttiin uuteen malliin tuoda myös näkökulma tulevaisuuden suunnasta. Lisäksi uuteen malliin haluttiin tuoda toiminnan



tuloksellisuusnäkökulma vahvemmin mukaan. Toimintaympäristön muutoksia, jotka uudessa mallissa haluttiin huomioida, olivat muun muassa muutokset potilasaineksessa ja palveluntarjoajissa, sekä teknologian ja lääketieteen kehitys ja niiden vaikutukset hoivapalveluihin. (Wolf ym. 2008, 201.)

Uusi malli, jota kutsutaan tästä eteenpäin magneettimalliksi, muotoiltiin kutsuvieraskokouksessa vuonna 2007. Magneettimalli rakennettiin viiden komponentin varaan, jotka ovat vapaasti suomennettuna transformationaalinen johtajuus, rakenteiden avulla voimaannuttaminen, esimerkilliset ammatilliset käytännöt, tutkimus, innovaatiot ja kehittäminen sekä empiirinen laatu ja tulos. (Wolf ym. 2008, 202.) Malli esitetään kuviossa 2.



**Kuvio 2. Magneettimalli (lähde: Wolf ym. 2008, 202.)**

Alkuperäiset magneettitekijät ovat sijoitettavissa magneettimallin viiden komponentin alle. Transformationaalinen johtajuus sisältää hoitotyön johtajuuden ja johtamistyylin magneettitekijät. Rakenteiden avulla voimaannuttamisen komponenttiin sisältyvät erityisesti organisaatiota kuvaavat magneettitekijät, kuten organisaatorakenne, henkilöstöpolitiikka, ammatillinen kehittyminen, yhteisö ja sairaala sekä hoitotyön imago. Komponentti kuvaa siis organisaatiota ja organisaatiokulttuuria. Esimerkillisten ammatillisten käytäntöjen komponentin alle sijoittuvat muun muassa konsultoinnin ja resurssien sekä ammattiryhmien välisten suhteiden alkuperäiset magneettitekijät.

Komponentissa on kyse siis käytännön operatiivisen työn ohjaamisesta, käytännöistä ja resursoinnista sekä työjärjestelyistä. Kaksi viimeistä komponenttia kattavat alkuperäisistä magneettitekijöistä hoidon laadun ja laadunparannuksen, mutta lisäksi täydentävät niiden näkökulmaa tuloksellisuudella. (Wolf ym. 2008, 202–204.) Painoarvon muutos laadun ja tuloksellisuuden suuntaan näkyy siinä, että kaksi kokonaista komponenttia magneettimallissa on rakennettu vain kahden alkuperäisen magneettitekijän varaan. Seuraavassa käydään läpi magneettimallin komponenttien sisältöä tarkemmin ja laajennetaan niitä tutkimustehtävään soveltuen.

#### **4.2.1 Transformationaalinen johtajuus**

Magneettimallissa transformationaalinen johtajuus määritellään toimintaympäristön vaatimuksiin sopeutuvana, muutosvalmiuksia edistävänä johtamisena ja johtamistyylinä, jossa painottuvat visionäärisyys, vaikutusvalta ja johtajuuden asiantuntijuus. Ylimmän johdon tehtävänä on luoda visio ja tavoitteet tulevaisuudelle, ja vuorovaikutteisesti edistää tämän ajattelutavan leviämistä organisaatiossa. (Wolf ym. 2008, 202.)

Transformationaalisen johtajuuden ajatusten taustalla ovat työelämän muutokset, jotka ovat edellyttäneet työntekijöiltä aiempaa suurempaa joustavuutta ja merkinneet koko työuran kestävien työsuhteiden katoamista sekä uudenlaisten osaamisvaatimusten kohdentumista työvoimaan. Näiden työntekijöihin kohdistuvien uusien vaatimusten vuoksi johtajuudelta vaaditaan uudenlaista otetta työtyytyväisyyden takaamiseksi. (Bass 1999, 9–10.) Bass (1999, 11) kuvaa transformationaalista johtajuutta neljän ulottuvuuden avulla, jotka kuvaavat johtajan vaikutusvaltaa tai karismaa, kykyä inspiroida alaisiaan, haastaa heitä älyllisesti luovuuden ja innovaatioiden edistämiseksi sekä yksilöllisesti tukea alaistensa ammatillista kehittymistä ja kasvua.

Johtamista sosiaali- ja terveydenhuollossa on kuvattu perinteisesti poliittis-byrokraattis-professionaalisella mallilla, jossa johtamistyö koostuu poliittisen päätöksenteon valmistelutyöstä ja toimeenpanosta, organisaation byrokraattisten sääntöjen tuntemisesta ja noudattamisesta sekä ammatillisesta asiantuntemuksesta ja senioriteetista (Viitanen ym. 2007, 65). Suomalaisten kuntien johtamisessa omaksuttuja valtavirran johtamisoppeja viime vuosikymmeninä ovat olleet etenkin tulosjohtaminen, prosessijohtaminen ja tulosohjaus new public managementin myötä (Jylhäsaari 2009, 7–

9). Jylhäsaari (2009) on tarkastellut väitöskirjassaan perusterveydenhuollon johtamista terveystieteiden ylimmällä hallinnollisella tasolla, ja todennut, että johtamista on luonnehtinut erilaisiin realiteetteihin sopeutuminen ja ratkaisuihin ajautuminen käytännöllisten ongelmien edessä. Keskijohdon ja lähiesimiesten tasolla perusterveydenhuollossa on saatu tutkimusviitteitä johtamistyön painottumisesta hallintoon ja poliittisen päätöksenteon valmisteluun perinteisen mallin mukaisesti, mutta johtamisessa oli havaittavissa myös verkostajohtamisen piirteitä (Viitanen ym. 2007, 68–69). Keskijohto ilmensi Viitanen ja kollegoiden tutkimuksessa myös vahvaa halua olla hyviä, henkilöstöä kuuntelevia ja tukevia henkilöstöjohtajia.

Johtajuudella voidaan tukea organisaation hyvää työnantajakuva. Esimerkiksi Heilmann (2010, 141) on osoittanut, että etenkin lähi- ja keskijohdon merkitys työhyvinvoinnille ja työilmapiirille on suuri ja että viesti työilmapiiristä kulkeutuu organisaation ulkopuolelle vaikuttaen työnantajakuvaan. Chhabra ja Sharma (2014, 55) totesivat opiskelija-aineistosta tehdyssä tutkimuksessaan, että työnantajan vetovoimaisuutta lisääviä organisatorisia tekijöitä olivat muun muassa hyvät suhteet lähiesimieheen ja arvostus. Työnantajakuvan instrumentaalista ja symbolista ulottuvuutta tarkasteltaessa transformationaalinen johtajuus voisi tukea myös symbolisten piirteiden, kuten innovatiivisuuden tai kehittämismyönteisyyden, kytkeytymistä työnantajakuvaan.

#### **4.2.2 Rakenteiden avulla voimaannuttaminen**

Rakenteiden avulla voimaannuttamisen komponentti kuvaa organisaation kykyä toteuttaa perustehtävänsä ja operationalisoida toiminnassaan organisaation visio ja arvot. Magneettimallissa komponentti kattaa organisaation strategian, rakenteen, toimintakäytännöt ja henkilöstön kehittämisen. Vetovoimaisuustekijänä kyse on siis siitä, kuinka henkilöstöä ohjataan, kuinka henkilöstölle annetaan toimivaltaa ja kuinka henkilöstövoimavarojen kehittymistä tuetaan organisaation tavoitteiden saavuttamiseksi. (Wolf ym. 2008, 202–203.)

Hoitajien vaihtuvuutta ja organisaatioiden rakenteita käsitelleissä tutkimuksissa on todettu, että organisaatorakenteiden yksittäisten ominaisuuksien sijaan hyödyllisempi lähestymistapa on tarkastella organisaatioita kokonaisuuksina, jolloin organisaatioiden rakenteita ja käytäntöjä on mahdollista luonnehtia ja profiloida ryhmittäin, ja verrata

näiden pohjalta erilaisia organisaatioiden piirteisiin liittyviä profiileja lopputuloksiin, kuten henkilöstön vaihtuvuuteen (Stordeur ym. 2007, 46–47). Stordeur tutkijakollegoineen (2007) havaitsivat, että tutkittujen belgialaisten vetovoimaisten sairaalaorganisaatioiden, joissa hoitajien vaihtuvuus oli matalalla tasolla, ja niiden sairaaloiden, joissa hoitajien vaihtuvuus oli korkea, välillä ei ollut eroa organisaatorakenteissa. Hoitajien kokemukset organisaatioista erosivat kuitenkin merkittävästi ryhmien välillä. Vetovoimaisissa sairaaloissa havaittiin muun muassa seuraavia yhdistäviä piirteitä: selkeä roolijako, hyvä työnohjaus, hyvä vuorovaikutus tiimien, johdon ja ammattiryhmien välillä sekä työn vaativuuden ja palkitsevuuden hyvä hallinta. (Stordeur ym. 2007, 52–53.)

Lammintakanen, Kivinen ja Kinnunen (2010) vertailivat tutkimuksessaan henkilöstövoimavarojen kehittämisen toimintoja suomalaisissa terveyskeskuksissa. Henkilöstövoimavarojen suunnitelmallinen kehittäminen nähtiin tärkeänä lähes kaikissa tutkimukseen osallistuneissa terveyskeskuksissa. Pohjois-Suomen terveyskeskuksissa vaikutti olevan enemmän yhteisölliseen oppimiseen perustuvia ammatillisen kehittymisen käytäntöjä, ja lisäksi Pohjois-Suomessa henkilöstövoimavarojen kehittäminen nähtiin olennaisena keinona henkilöstön sitouttamiseksi. Pohjois-Suomen terveyskeskuksissa tutkimukseen vastanneet terveyskeskusten johtohenkilöt pitivät omia organisaatioitaan vetovoimaisempina myös tulevaisuudessa työvoiman suhteen kuin Etelä-Suomen terveyskeskusten johtohenkilöt. Tutkijat tulkitsivat, että pohjoiset ja eteläiset terveyskeskukset vaikuttaisivat omaksuneen toisistaan poikkeavat strategiat selvittääkseen työvoiman saatavuuden asettamista haasteita, sillä Etelä-Suomessa painottui enemmän uuden henkilöstön rekrytointi ulkomailta, kun taas Pohjois-Suomessa panostettiin henkilöstön vaihtuvuuden alentamiseen henkilöstövoimavarojen johtamisen keinoin. (Lammintakanen ym. 2010, 467–468.)

Terveydenhuollon organisaatiot ovat tunnistettavissa professionaalisiksi organisaatioiksi. Professionalismi ilmenee organisaatioissa erilaisten korkean erityisosaamistason ammatillisten ryhmien saamana vaikutusvaltana ja statuksena. Professionaalisuutta luonnehtivat erityisosaaminen ja siihen liittyvä koulutus sekä auktoriteetti, ammattikunnan jäsenyyteen kuuluvat pätevyysvaatimukset, eettiset säännöt sekä ammattikunnan sisäinen luottamus ja solidaarisuus. (Jylhäsaari 2009, 30.) Terveyskeskuksissakin

professionalismi näkyy organisaatorakenteessa tyypillisesti siten, että ainakin suurimmissa terveyskeskuksissa johtamisjärjestelmä on dualistinen jakautuen hoitotyön johtajan ja lääkärijohtajan mukaisesti omiin linjoihinsa (Lammintakanen ym. 2010, 464).

#### **4.2.3 Esimerkilliset ammatilliset käytännöt**

Tässä komponentissa korostuu erityisesti magneettisairaalatutkimuksen lähtökohta hoitotieteen alalla. Magneettimallissa komponentti kytkeytyy hoitotyön profession asemaan organisaatiossa, millä tarkoitetaan varsinkin hoitohenkilöstön roolia kliinisessä työssä, organisaatiossa ja moniammatillisissa tiimeissä. Vetovoimaisuustekijänä esimerkilliset ammatilliset käytännöt sisältävät hoitotyötä ohjaavat käytännöt, turvalliset ja eettiset työtavat ja autonomisen työskentelyn. (Wolf ym. 2008, 203.)

Tämän tutkielman tutkimustehtävään soveltuen esimerkillisten ammatillisten käytäntöjen komponentti voidaan ymmärtää laajemmin kliinisen potilastyön ohjaamisen käytännöiksi terveyskeskuksissa. Terveyskeskuslääkäreiden työssä keskeisimpiä raportoituja ongelmia on työn kuormittavuus. Virtanen ja kollegat (2008, 365) totesivat suomalaisen julkisen terveydenhuollon lääkäreitä koskeneessa tutkimuksessaan, että terveyskeskuslääkärit kokivat sairaalalääkäreitä useammin työn henkisesti rasittavaksi ja työkuorman liialliseksi. Saxenin väitöstutkimuksessa (2009, 34–35) terveyskeskusten johtavat lääkärit mainitsivat terveyskeskustyön ongelmina muun muassa työn kuormittavuuden, vähäisen arvostuksen ja näkivät työn organisoimisessa kehittämisen tarvetta. Lisäksi sellaisissa terveyskeskuksissa, joissa oli lievä tai keskivaikea lääkärivaje, terveyskeskusten henkilöstö raportoi muita useammin tyytymättömyyttä työn organisointiin sekä koki epäselvistä työnkuvista ja rooliristiriidoista johtuvaa kuormitusta (Saxen 2009, 49).

Terveyskeskuslääkäreiden kokema rasittuneisuus ja työkuorman hallinnan haasteellisuus osoittavat kliinistä työtä tukevien hyvien käytäntöjen tärkeyden. Toisin sanoen kyse on terveyskeskuksen toiminnan prosessien hyvästä suunnittelemisesta, ohjaamisesta ja johtamisesta ammattihenkilöiden sujuvan ja turvallisen työskentelyn sekä työhyvinvoinnin turvaamiseksi. Useissa kirjoituksissa on tuotu esiin huoli lääkärivajeen ja työn kuormittavuuden yhteydestä terveyskeskustyön huonoon imagoon tai huonoon maineeseen (esimerkiksi Virtanen ym. 2008, 366; Kokko & Telaaranta 2006). Hyvän

työnantajakuvan kannalta vaikuttaa siis olennaiselta, että terveyskeskuksessa on kiinnitetty huomiota työn organisoimiseen, pyritty ratkaisemaan työkuormaan liittyviä ongelmia sekä tukemaan työn hallintaa.

#### **4.2.4 Tutkimus, innovaatiot ja kehittäminen**

Tässä komponentissa erityisen tärkeää on organisaation jatkuva pyrkimys järjestelmien, toiminnan ja käytäntöjen kehittämiseksi. Toiminnan ja laadun systemaattinen tarkkailu uuden tiedon tuottamiseksi, toiminnan kehittämiseksi ja innovaatioiden mahdollistamiseksi nähdään magneettimallissa paitsi vetovoimaisuustekijänä, myös eettisenä ja ammatillisena velvoitteena. Vetovoimaisessa sairaalaorganisaatiossa tutkimustoiminta tarkoittaa uuden tiedon soveltamisen lisäksi tutkimustiedon hyödyntämistä prosessien kehittämisessä sekä myös panostusta uuden tieteellisen tutkimustiedon tuottamiseksi. (Wolf ym. 2008, 203.)

Suomalaisissa terveyskeskuksissa tutkimus- ja kehittämistoimintaa tukevat etenkin lääketieteen opetusta antavat yliopistot, joilla on yhteistyötä alueensa terveyskeskusten kanssa. Yhteistyön puitteissa terveyskeskuksissa järjestetään opetusta, mutta myös edistetään tutkimus- ja kehittämistyötä. Esimerkiksi Kuopion yliopistossa on toiminut vuosina 2004-2009 perusterveydenhuollon tutkijakoulu, jonka tarkoituksena on ollut tukea väitöskirjatyön tekemistä terveyskeskustyön ohella. Sosiaali- ja terveysministeriö onkin esittänyt, että tutkimustyön laajemmalla tukemisella voitaisiin mahdollisesti lisätä terveyskeskustyön vetovoimaisuutta. (Hyppölä & Kumpusalo 2006; Renkonen ym. 2011.)

Tutkimustiedon tuottamisen ja hyödyntämisen lisäksi komponenttiin kuuluu oman toiminnan ja prosessien kehittäminen. Kuusion ja kollegoiden (2010) terveyskeskuslääkäreiden organisaatiositoutumista käsitellyt tutkimus osoitti, että työn korkea kuormittavuus yhdistettynä alhaiseen työn hallintaan sekä huonoihin mahdollisuuksiin vaikuttaa omaan työhönsä ennakoivat työpaikan vaihtamisaikeita. Tutkijat ehdottavatkin tulosten perusteella, että perusterveydenhuollossa tulisi parantaa henkilöstön mahdollisuuksia osallistua omaa työtään koskeviin päätöksiin (Kuusio ym. 2010, 113). Työnantajakuvan näkökulmasta siis mahdollisuudet osallistua oman työn kehittämiseen vaikuttaisivat olevan työnantajakuvaan vahvistava tekijä. Myös Saxen

(2009, 52) esittää väitöstutkimuksessaan, että terveyskeskuksen toiminnan kehittäminen olisi hyödyllistä työvoimatilanteesta riippumatta. Tutkimuksessa työpaikan uudistushenkeen oltiin tyytymättömiä lievän ja keskivaikean lääkärivajeen terveyskeskuksissa, ja työpaikan toimintaa kehitettiin eniten lievimmän ja vaikeimman lääkärivajeen terveyskeskuksissa (Saxen 2009, 49–50).

#### **4.2.5 Empiirinen laatu ja tulos**

Magneettimallin viimeinen komponentti korostaa sitä, että oikean rakenteen ja toimivien, innovatiivisten prosessien tulisi johtaa laadukkaisiin palveluihin ja viime kädessä lopputuloksiin, joilla on vaikuttavuutta niin henkilöstön, organisaation kuin potilaiden ja heidän läheistensä kannalta. Tällä osa-alueella keskitytään siis paitsi laatuun, myös tuloksiin, joita arvioidaan kliinisten hoitotulosten, potilasnäkökulman, henkilöstön näkökulman ja organisaation tuloksen valossa. Amerikkalaisessa laatuohjelmassa komponentissa hyödynnetään benchmarking-menetelmää tulosten ja laadun arvioimiseksi. (Wolf ym. 2008, 203–204.)

Laatu ja tulokset terveyspalveluissa eivät ole välttämättä yksiselitteisiä käsitteitä. Kuntaliiton (2011) julkaisemassa terveydenhuollon laatuoppaassa laadun ulottuvuuksiksi terveydenhuollossa on määritelty palvelun laatu, kliininen laatu, prosessien laatu ja vaikuttavuus. Laadunhallintatyöllä tarkoitetaan organisaation tai yksikön johtamista, toiminnan suunnittelua ja parantamista asetettujen laatutavoitteiden saavuttamiseksi (Kuntaliitto 2011, 6). Suomalaisissa terveyskeskuksissa laadunhallinta oli Saalasti-Koskisen ja Outisen (2003) tutkimuksen mukaan melko huonoa. Dokumentoitu laadunhallintajärjestelmä puuttui valtaosasta terveyskeskuksista, ja myös laadunhallintajärjestelmien kehittäminen oli vähäistä. Tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että kehitystä 1990-luvun lopulta oli tapahtunut, ja laadunhallintatyö sekä sen kehittäminen on suhteellisen hidasta.

Empiirisen laadun ja tulosten komponentti on magneettimallissa sidoksissa muihin komponentteihin. Johtajuus, rakenne, työkäytännöt ja kehittäminen näkyvät lopputuloksina palveluiden ja prosessien laadussa sekä korkeana henkilöstö- ja asiakastyytyväisyytenä (Kvist ym. 2013, 155). Näin ollen työnantajakuva hallinnan ja kehittämisen kannalta on hyödyllisempää tarkastella lopputulosten taustatekijöitä.

### 4.3 Magneettimallin soveltaminen tutkielmassa

Magneettisairaalakirjallisuuden lähtökohta on vahvasti tutkimuksellinen, ja alkuperäisten magneettitekijöiden perusta on selkeästi empiirinen. Alkuperäisen magneettisairaalatutkimuksen tarkoitus on ollut selvittää tekijöitä, jotka erottavat henkilöstön rekrytoimisessa, houkuttelemisessa ja sitouttamisessa onnistuneita sairaalaorganisaatioita vähemmän menestyksekkäistä, heikommin vetovoimaisista sairaaloista. Magneettimallissa taas on havaittavissa sen sidoksellisuus laatuohjelmaan, sillä mallissa korostuvat tuloksellisuus ja laadun parantamisen tavoitteet. Mallia on siis mahdollista kritisoida tutkimuksellisesta taustasta erkaantumisesta ja myös alkuperäisen tutkimuksellisen tehtävän jäämisestä sivurooliin.

Magneettisairaalatutkimus on tehty myös hoitotieteen lähtökohdista sairaalaympäristössä, mikä vaikuttaa sen soveltamiseen terveyskeskuksia käsittelevässä tutkimuksessa. Magneettimallin komponentit ovat kuitenkin verrattavissa esimerkiksi henkilöstövoimavarojen johtamisen käytäntöihin yleensä eivätkä sinällään ole professiosidonnaisia tai myöskään kontekstisidonnaisia. Lääkärin työn sisältö ja ydinosaaminen kuitenkin eroavat toisistaan terveyskeskustyössä ja sairaalatyössä. Erityisesti terveyskeskustyöhön liittyviä piirteitä ovat kokonaisvaltainen lähestymistapa, monipuolisuus sekä yhteisöllinen orientaatio, kun taas sairaalatyötä luonnehtii voimakkaammin erikoisalakohtaisuus ja pitkälle erikoistunut osaaminen. (Virtanen ym. 2008, 364.)

Edellä on pyritty käsittelemään magneettimallin komponentteja terveyskeskusten sekä työnantajakuvan hallinnan ja kehittämisen näkökulmasta. Magneettisairaalatutkimus valittiin tutkielman teoreettiseksi viitekehykseksi terveydenhuollon kontekstin ja alkuperäisen magneettisairaalakirjallisuuden lähtökohdan vuoksi, joka on hyvin lähellä tämän tutkielman taustalla olevaa työvoiman saatavuuden vaihtelun ilmiötä terveyskeskuksissa. Magneettimallia hyödynnettäessä tiedostetaan mallin hoitotieteelliset lähtökohdat ja tutkimuksen keskittyminen sairaalaorganisaatioihin. Myös magneettimallin sidoksellisuus laatuohjelmaan tunnistetaan, mutta koska mallin taustalla kuitenkin ovat alkuperäiset magneettitekijät, jotka erottelevat empiirisen tutkimuksen



perusteella sairaalaorganisaatioita, nähdään malli käyttökelpoisena vetovoimaisuustekijöiden tutkimiseksi.

Tutkimusongelmiksi asetettiin terveyskeskuksen työnantajakuva vahvistavien ja kehittävien käytäntöjen löytäminen sekä vetovoimaisuutta lisäävien organisaatioon liittyvien ominaispiirteiden tunnistaminen. Magneettimallia hyödynnetään erityisesti jälkimmäisen tutkimustehtävän ratkaisemisessa, sillä malli tarjoaa vertailukohdan sairaalaorganisaatioita erottelevista, vetovoimaisuutta lisäävistä piirteistä. Perusterveydenhuoltoa käsittelevä tutkimus on merkittävästi suppeampaa kuin erikoissairaanhoidon tutkimus, joten tässä tutkielmassa pyritään magneettimallia hyödyntämällä tuottamaan tietoa vetovoimaisten terveyskeskusten ominaisuuksista ja ”magneettiterveyskeskuksen” piirteistä. Huomattavaa kuitenkin on, että tutkielma lähestyy aihetta terveyskeskuksen johdon näkökulmasta, joten se täydentää näkökulmastaan yhden osan terveyskeskusten työnantajakuvan kehittämisen ja vetovoimaisuuden kokonaisuudesta.

Työnantajakuva määriteltiin tutkielmassa käsityksinä, havaintoina ja kokemuksina organisaatiosta työnantajana. Työnantajakuvan tietoisella johtamisella tarkoitetaan pyrkimyksiä vaikuttaa näihin käsityksiin, luoda aktiivisesti haluttua työnantajakuva ja sitä tukevia kokemuksia sekä kontrolloida työnantajan näkyvyyttä haluttuun työnantajakuvaan sopien. Työnantajakuvan kehittämällä pyritään erottuvaan, yksilölliseen työnantajakuvaan huippuosaajien houkuttelemiseksi ja henkilöstön sitouttamiseksi. Kehittämisen puitteita tarkasteltiin luvussa 2.3 ja kuviossa 1 työnantajakuvan rakentumisen avulla. Tässä viitekehyksessä magneettimallin komponentit sijoittuvat organisatoristen ominaispiirteiden alle. Tutkielmassa tarkastellaankin empiirisesti magneettimallin komponenttien esiintymistä terveyskeskusten työnantajakuvan hallinnan ja kehittämisen välineinä. Lisäksi kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan yhteenvetona todeta, että tietoinen panostaminen työnantajakuvan johtamiseen ja kehittämiseen vaikuttaisi edesauttavan hyvän ja vahvan työnantajakuvan saavuttamista ja ylläpitämistä. Olennaista erottuvassa ja vetovoimaisessa työnantajakuvassa vaikuttaisi olevan myös symbolisten piirteiden liittyminen työnantajakuvaan sekä työnantajakuvan yhtenäisyys organisaation sisä- ja ulkopuolelta tarkasteltuna.

## 5 MENETELMÄT JA AINEISTO

### 5.1 Lähestymistapa ja tutkimusmenetelmä

Tutkielma edustaa laadullista tutkimussuuntausta, ja tutkielman ote on kuvaileva. Laadullista tutkimusta on kuvattu pyrkimyksinä ymmärtää syvällisesti inhimillistä toimintaa ja sitä ohjaavia tavoitteita sekä perusteluita. Laadulliselle tutkimussuuntaukselle on ominaista aineiston tarkoitushakuinen otanta satunnaisotannan asemesta, tutkijan keskeinen rooli aineiston tulkinnessa sekä tutkimuksen eksploratiivinen luonne; laadullinen tutkimus usein asemoituu tuottamaan hypoteeseja ja luomaan teoriaa niiden testaamisen sijaan. (Glenn 2010, 95–96.)

Tämän pro gradu -tutkielman lähestymistavassa on havaittavissa myös arvostavan haastattelun piirteitä, koska tutkimuskysymykset keskittyvät hakemaan tutkittavasta aineistosta terveyskeskusten työntantajakuvaan vahvistavia piirteitä sekä positiivista työntantajakuvaan vahvistavia käytäntöjä. Arvostava haastattelu (appreciative inquiry) tutkimuksen lähestymistapana tarkoittaakin menestystekijöihin keskittymistä verrattuna ongelmakeskeiseen lähestymistapaan. Arvostavan haastattelun lähestymistavan perustana on sosiaalisen konstruktivismin teoreettinen näkemys siitä, että havaintomme maailmasta ovat sosiaalisesti rakentuneita. Toinen peruslähtökohta on positiivisuuden periaate, näkemys, jonka mukaan keskittyminen positiivisiin kysymyksiin pitää yllä mielenkiintoa pidempään ja saa ihmiset sitoutumaan syvällisemmin. Sen ohella oletetaan, että suhtautumistapa tulevaisuuteen ohjaa myös sitä, kuinka toimintaa suunnataan tulevaisuudessa. Arvostava haastattelu on saavuttanut menestystä erityisesti organisaatioiden kehittämisen työkaluna, mutta sen soveltaminen tieteellisen tutkimuksen lähestymistapana on kehittynyt johtamisen sovellutusten rinnalla. (Reed 2007, 21–27.)

Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoiduin tutkimushaastatteluin. Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 41) mukaan tutkimushaastattelussa tutkijan tehtävänä on välittää kuva haastateltavan kokemuksista, käsityksistä ja ajatuksista. Tutkimushaastatteluita on luokiteltu sen mukaan, kuinka kiinteästi haastattelun kulku on määritelty etukäteen. Puolistrukturoidut haastattelut asettuvat valmiiksi jäsennettyjen lomakehaastattelujen ja haastattelutilanteen ehdoilla etenevän avoimen strukturoimattoman haastattelun

välimaastoon. Puolistrukturoidussa haastattelussa yleensä jokin haastattelun näkökulma on ennalta määrätty sitovasti, esimerkiksi kysymysrunko tai käsiteltävät teemat, mutta tutkija voi vaihdella tarpeen mukaan kysymysten muotoilua tai järjestystä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 43–47.)

Puolistrukturoitu haastattelu valittiin tiedonkeruumenetelmäksi, koska tutkielmassa haluttiin kartoittaa terveyskeskusten työnantajakuva kehittämisen välineitä ja löytää toimivia käytäntöjä, joten vastausten suuntaa ei haluttu lukita etukäteen täysin. Aiempaa tutkimusta aiheesta oli niukasti, ja teoreettisesti tarkasteltuna työnantajakuva hallinta on monitahoinen ilmiö. Puolistrukturoidut haastattelut nähtiin sopivana menetelmänä tavoittaa ilmiön ulottuvuudet kattavasti valitusta näkökulmasta. Aineiston kerääminen kuvataan tarkemmin luvussa 5.2.1, ja aineistoa kuvaillaan luvussa 5.2.2. Aineisto analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin keinoin, ja analyysimenetelmä esitetään tarkemmin luvussa 5.3.

## **5.2 Tutkimusaineisto**

Tutkimusaineistona tutkielmassa on haastatteluaineisto sekä lisäksi käytettiin seuraavia dokumentteja: Lääkäriliiton julkaisema tilasto terveyskeskusten lääkäritilanteesta (Lääkäriliitto 2016) ja Kuntaliiton selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä Manner-Suomen kunnissa 2015 (Kuntaliitto 2015).

### **5.2.1 Lumipallo-otanta ja aineiston kerääminen**

Haastateltaviksi valittiin tutkimuksen alkutilanteessa johtavat ylilääkärit tai vastaavassa asemassa terveyskeskusten terveystalveluiden johdossa toimivat henkilöt. Ylilääkärit valittiin tutkielman avaininformanteiksi, koska terveystalveluiden toimivassa johdossa heidän katsottiin olevan keskeisessä roolissa terveyskeskuksen työnantajakuva kehittäjinä ja johtajina. Näin ollen heillä odotettiin olevan näkemys oman organisaationsa vetovoimaisuustekijöistä työnantajana. Lisäksi ylilääkärit useimmiten ovat mukana henkilöstön rekrytoimisessa ja toimivat oman yksikkönsä toiminnasta ja henkilöstöjohtamisesta vastuullisina johtohenkilöinä, jolloin he edustavat omaa organisaatiotaan työnantajana niin sisään- kuin ulospäin. Ylilääkäreiden valinnan vuoksi lääkärinäkökulma painottuu tutkielman aineistossa, mutta koska lääkärivaje on ollut

keskeinen terveystieteiden toimintaa henkilöstönäkökulmasta häiritsevä tekijä, valinta nähtiin tarkoituksenmukaisena.

Haastateltavat henkilöt ja tutkittavat terveystieteiden valittiin käyttämällä lumipallo-otantaa. Lumipallo-otanta (snowball sampling) perustuu siihen, että tutkija saa informanteilta tietoa muista mahdollisista informanteista. Lumipallo-otannalle ominaista on otannan kumuloituvuuden luonne, sillä yhden informantin avulla on mahdollista saada useampi kontakti, joiden avulla jälleen on mahdollista saada uusia kontakteja. Toinen lumipallo-otannan keskeinen piirre on se, että näin etenemällä voidaan päästä käsiksi sellaiseen sosiaaliseen verkostoon ja verkostossa olevaan tietoon, joka ei muuten ole löydettävissä. (Noy 2008, 330–331.) Koska tutkielmassa haetaan vetovoimaisen organisaation piirteitä ja työnantajakuva kehittämisen välineitä, lumipallo-otanta nähtiin käyttökelpoisena välineenä sellaisten informanttien tavoittamiseksi, jotka näkevät nämä osa-alueet olennaisina ja edustavat sellaisia organisaatioita, joiden työnantajakuva erottuu positiivisesti.

Lumipallo lähetettiin liikkeelle pirkanmaalaisesta terveystieteiden keskuksesta. Lumipallo-otannan eteneminen kuvataan liitteessä 1. Huomattavaa tutkimuksen edetessä oli, että samat terveystieteiden keskukset nousivat otannassa esille toistuvasti vahvistaen käsitystä niiden positiivisesta työnantajakuvasta ja vetovoimaisesta maineesta. Haastatellut henkilöt saivat suositella joko vetovoimaisia organisaatioita tai nimetä tutkimukseen sopivia henkilöitä. Tästä seurasi, että lumipallo-otanta tuotti terveystieteiden virassa olevien ylilääkäreiden lisäksi yhden hoitotyön johtajan sekä aikaisemmin terveystieteiden ylilääkärin virassa toimineita henkilöitä. Lumipallo-otannan tuottamien henkilöiden ja terveystieteiden joukosta tutkielmaan mukaan valittiin haastateltavat liitteen 1 mukaisesti. Valinnassa otettiin huomioon maantieteellinen edustavuus, ja lisäksi huomioitiin, mikäli terveystietokeskus mainittiin useamman kerran.

Haastattelurunko rakennettiin siten, että haastattelun alkuosa perustuu avoimempiin kysymyksiin koskien haastateltavan edustaman terveystieteiden työnantajakuva vahvuuksia ja vahvuuksien olennaisia taustatekijöitä. Haastateltavien annettiin haastattelun alkuosassa hyvin vapaasti kertoa näkemyksistään oman terveystieteiden keskuksensa vetovoimaisuudesta, ja tarvittaessa tarkentavilla kysymyksillä laajennettiin haastateltavan esiintuomia asioita. Haastattelun toisessa osassa pyrittiin täsmentämään

magneettimallin komponenttien roolia työnantajakuvan kehittämisen välineinä. Kaikki magneettimallin viisi osa-aluetta käytiin haastatteluissa läpi pyrkien selvittämään kunkin komponentin alle sijoittuvia käytäntöjä ja terveyskeskusorganisaation ominaisuuksia, jotka vahvistavat terveyskeskuksen työnantajakuvaa ja lisäävät terveyskeskuksen vetovoimaisuutta työnantajana. Haastattelun lopuksi palattiin vielä vapaamuotoisempiin kysymyksiin koskien haastateltavan näkemystä omasta roolistaan terveyskeskuksen työnantajakuvan johtamisessa ja kehittämisessä, sekä työnantajakuvan viestimisestä ja positiivisen kuvan ylläpitämisen keinoista. Haastattelussa, jossa haastateltava ei enää toiminut terveyskeskuksen ylilääkärin tehtävässä, haastattelurunkoa sovellettiin tilanteeseen sopien. Haastattelurunko on tutkielman liitteenä (liite 2).

Haastateltaviin otettiin yhteyttä aluksi sähköpostitse. Haastattelurunkoa ei esitetty haastateltaville etukäteen, sillä haastattelun sisältöä ei haluttu ohjata liiallisesti etukäteen, vaan haluttiin säilyttää haastateltavien oma hahmotus aiheen jäsentymisestä. Tutkimukseen mukaan suostuneille lähetettiin ennen haastatteluajankohtaa sähköisesti lyhyt informaatiokirje, jossa esiteltiin lyhyesti tutkielman aihe ja haastattelun tärkeimmät teemat. Lisäksi kirjeessä esiteltiin lumipallo-otanta ja kehoitettiin miettimään muita haastateltavia tai soveltuvia terveyskeskuksia etukäteen.

Tein kaikki haastattelut itse. Haastattelun aluksi pyydettiin lupa haastattelun nauhoittamiseen ja litterointiin. Haastatteluista viisi tehtiin kasvokkain ja kaksi puhelimitse. Litteroin myös kaiken aineiston itse. Litterointi suoritettiin sanasanaisesti kuitenkin jättäen täytesanat pois sekä tiivistämällä sellaisia kohtia, joissa puhuja jäi miettimään ja epäröi puheessaan.

Lumipallo-otannasta johtuen tutkimus eteni haastattelu kerrallaan. Haastatteluiden litterointi suoritettiin aineiston keräämisen kanssa limittäin, ja näin pysyttiin hyvässä kontaktissa aineistoon ja alustavaa aineiston jäsentämistä tehtiin jo aineiston keräämisen aikana havainnoimalla esimerkiksi toistuvasti esiintyviä teemoja. Aineiston saturoitumista havaittiin jo viidennen haastattelun jälkeen. Saturoitumisella tarkoitetaan tilannetta, jossa uudet haastattelut eivät enää tuota olennaisesti uutta tietoa, joskin saturaatiopisteen arvioimisen on huomautettu olevan haasteellista, sillä laadulliseen tutkimukseen liittyy jokaisen tutkittavan tapauksen käsitteleminen ainutlaatuisena (Hirsjärvi & Hurme 2008, 60). Niin ikään viidennen haastattelun kohdalla tuli selkeästi

myös esiin, kuinka lumipallo-otannassa samat terveyskeskukset ja henkilöt tulivat suositelluiksi uudelleen, eli lumipallo alkoi osoittaa pysähtymisen merkkejä. Haastatteluja suoritettiin vielä kaksi, jonka jälkeen aineiston katsottiin olevan riittävän rikas ja lumipallo-otannalla katsottiin saavutetun erityisesti Pirkanmaan vetovoimaisimpina pidetyt terveyskeskukset. Maantieteellisestikin saavutettiin kuitenkin hieman vaihtelua aineistossa, minkä katsottiin olevan tärkeää riittävän monipuolisen kuvan muodostamiseksi.

### **5.2.2 Aineiston kuvaus**

Haastatteluja tehtiin yhteensä seitsemän kappaletta. Haastatelluista viisi toimi terveyskeskuksen johtavana ylilääkärinä tai ylilääkärinä, yksi johtavana hoitajana sekä lisäksi haastateltiin yksi henkilö, joka oli toiminut aikaisemmin terveyskeskuksen ylilääkärinä mutta haastattelun ajankohtana oli siirtynyt jo muihin tehtäviin. Haastatelluista 71 % oli naisia ja 29 % miehiä. Haastattelujen keskimääräinen kesto oli 41 minuuttia, vaihteluvälin ollessa 28 – 68 minuuttia.

Lumipallo-otannalla valikoituneet haastateltavat edustivat seitsemää terveyskeskusta Pirkanmaalla, Etelä-Pohjanmaalla sekä Etelä-Savossa. Terveyskeskusten väestöpohja oli keskimäärin noin 22 000, vaihteluvälin ollessa noin 6 600 – 37 200. Kaikki terveyskeskusten mahdolliset järjestäytymismuodot, eli kuntayhtymät, vastuukuntamallit sekä kunnan oma tuotanto, olivat edustettuina. Lääkärivajetta tutkituissa terveyskeskuksissa oli enintään yksi avoin virka, mikä vastasi noin 5 % lääkärivajetta kyseisessä terveyskeskuksessa. Valtaosassa (lähes kaksi kolmasosaa tutkituista terveyskeskuksista) terveyskeskuksia täyttämättömiä virkoja ei ollut. Yhdestä tutkimusterveyskeskuksesta ei ollut saatavilla tietoa lääkärivajeesta. Terveyskeskuksia on kuvattu tarkemmin liitteessä 3. Lisäksi liitteessä 4 kuvataan erillisenä case-kuvauksena Juvan terveyskeskusta, jossa selätettiin hankala lääkärivaje tekemällä määrätietoista kehittämistyötä.

## **5.3 Analyysi**

Aineisto analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin keinoin hyödyntämällä aineiston sisällön teemoittelua. Analyysin aluksi koko aineisto luettiin vielä kertaalleen läpi

kokonaisuutena. Aineistosta merkittiin tutkimusaiheen kannalta olennaiset osiot. Osioista poimittiin toistuvasti esiintyviä käytäntöjä, toimintatapoja ja keskeisiä aihealueita. Sen jälkeen aineistosta poimittua informaatiota ryhmiteltiin niin, että muodostui laajempia teemoja. Näitä teemoja työstettiin edelleen ryhmittelemällä niitä tutkielman teoreettisen viitekehyksen avulla työnantajakuvan hallinnan ja kehittämisen ulottuvuuksiin, sekä haettiin magneettimallin komponenttien alle lukeutuvia teemoja aineiston terveyskeskuskontekstissa. Näin muodostettiin kokonaiskuva työnantajakuvan hallinnan osa-alueista ja näyttäytymisestä johtavien lääkärin työssä sekä kehittämisen välineistä ja vetovoimaisuustekijöistä tutkimusterveyskeskuksissa. Muodostunutta analyysirunkoa täydennettiin lukemalla aineisto lopuksi vielä kertaalleen läpi kokonaisuutena tarkkailemalla olennaisia aiheita, jotka olisivat jääneet huomioimatta, tai teemoja, jotka olisivat ristiriidassa muodostetun kokonaisuuden kanssa.

Analyysi eteni siis yksityiskohtien keräämisestä luokitellen kohti laajempia kokonaisuuksia ja ylätasoa teemoja, ja edelleen teemojen välisiä keskinäisiä suhteita hahmottamalla tulokinnan muodostamiseen (Ruusuvaara ym. 2010, 18–20). Tulosten esittämisessä käytetään lainauksia aineistosta. Lainaukset esitetään kirjoitusasussa, ja niistä on poistettu mahdolliset suorat viittaukset tutkittaviin terveyskeskuksiin tai haastateltaviin, jotta yksittäiset lainaukset eivät ole yhdistettävissä yksittäisiin tapauksiin.

## **5.4 Tutkimusprosessin arviointi**

Tieteellisessä tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä muun muassa arvioimalla mahdollisia virhelähteitä. Laadullisessa tutkimuksessa myös tutkijan oman toiminnan reflektointi ja huolellinen raportointi lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–233.) Tässä tutkielmassa tunnistetut tärkeimmät virhelähteet liittyvät haastattelumenetelmään, lumipallo-otantaan sekä tutkimusterveyskeskusten vetovoimaisuuden ja työnantajakuvan arviointiin.

Haastattelumenetelmiin yleisesti liitettyjä virhelähteitä ovat haastattelutilanteen vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat sekä haastateltavien taipumus antaa sosiaalisesti hyväksyttyjä vastauksia (Hirsjärvi & Hurme 2008, 35). Tutkielmassa haastatellut terveyskeskusten johtohenkilöt edustavat asiantuntijoita. Asiantuntijahaastatteluissa on kuvattu erityisen olennaisena, että haastatteluja tekevä tutkija on huolellisesti perehtynyt

asiantuntijan toimialaan, koska haastattelijasta saadulla vaikutelmalla on todettu olevan vaikutusta asiantuntijan halukkuuteen jakaa tietämystään. Lisäksi suositellaan riittävän avointa haastattelurakennetta, jotta haastattelutilanteessa asiantuntijalla on tilaa tuoda esiin omia näkemyksiään. (Meuser & Nagel 2009, 31–35.) Terveysthuollon toimintaympäristö oli tutkijalle entuudestaan tuttu, mikä mahdollisesti helpotti vuorovaikutusta haastateltavien kanssa, mutta toisaalta on vaikuttanut tutkijan esikäsitukseen tutkimusaiheesta. Tämä huomioitiin analyysivaiheessa palaamalla analyysin lopuksi vielä aineistoon kokonaisuutena ja kiinnittämällä erityistä huomiota siihen, ettei mitään olennaista aineistossa jäänyt huomaamatta tutkijan esitulkintojen takia.

Haastattelutilanteiden osalta on huomioitavaa myös, että haastatteluista kaksi toteutettiin puhelimitse. Puhelinhaastattelu on kuvattu vuorovaikutuksen kannalta haastavaksi, koska puhelimen välityksellä ei ole mahdollista huomioida ei-sanallista viestintää tai kontrolloida mahdollisia haastattelutilannetta häiritseviä tekijöitä samalla tavalla kuin kasvokkain tehdyssä haastattelussa (Christmann 2009, 177). Lisäksi haastatteluihin liittyen on huomioitava, että yksi haastateltavista esiintyi haastattelussa muistinvaraisesti, sillä haastattelun ajankohtana hän ei toiminut enää terveyskeskuksen ylilääkärinä.

Lumipallo-otanta tuotti terveyskeskuksia pääasiallisesti Pirkanmaan alueelta. Tästä syystä tutkielman aineisto on maantieteellisesti melko keskittynyt Pirkanmaan kuntiin, mikä voi vaikuttaa tutkimuksessa saavutettuihin tuloksiin. Lumipallo-otantaa hyödynnettäessä oli tosin odotettavissakin, että aineisto tulee todennäköisesti keskittymään maantieteellisesti, sillä lumipallo-otannassa pyritäänkin löytämään verkostoja (Noy 2008, 331), ja on oletettavaa, että terveyskeskusten johtavat lääkärit ovat etenkin alueellisesti verkostoituneita. Toisaalta tutkielmaan saatiin mukaan kaksi terveyskeskusta myös Pirkanmaan ulkopuolelta, mikä osaltaan rikastaa aineistoa.

Tutkittavien terveyskeskusten työnantajakuvan vahvuutta ja vetovoimaisuutta pystyttiin tutkielmassa arvioimaan vain rajatusti. Työnantajan vetovoimaisuutta käsiteltäessä luvussa 2.3 todettiin, että yksilön näkökulmasta vetovoimaisuus riippuu siitä, minkälaisia ominaisuuksia työntekijä havaitsee organisaatiolla olevan työnantajana ja kuinka tärkeinä työntekijä näitä ominaisuuksia pitää. Tästä näkökulmasta vetovoimaisuuden varmistaminen olisi vaatinut myös työntekijän näkökulman



sisällyttämistä tutkimukseen. Koska tutkimusaihetta lähestyttiin terveyskeskusten terveyspalveluiden johtavien viranhaltijoiden näkökulmasta, arvio tutkimusterveyskeskusten työnantajakuvasta ja vetovoimaisuudesta perustuu laajalti heidän näkemyksiinsä, joihin oletettavasti on vaikuttanut etenkin heidän roolinsa rekrytoinnissa, esimiestyössä ja henkilöstövoimavarojen johtamisessa sekä heidän toimintansa terveyskeskusverkostoissa. Arviota täydennettiin hyödyntämällä Lääkäriliiton julkaisemaa tilastoa terveyskeskusten lääkäritilanteesta, josta saatiin tietoa terveyskeskusten lääkärivajeesta ja ulkoistetuista viroista. Lääkäriliiton tilasto vahvisti käsitystä tutkittujen terveyskeskusten hyvästä lääkäritilanteesta ja vetovoimaisuudesta lääkäri työvoiman näkökulmasta. Lisäksi tutkimusterveyskeskusten valinnassa katsottiin osaltaan myös usean maininnan lumipallo-otannassa vahvistavan käsitystä vahvasta ja vetovoimaisesta työnantajakuvasta. Näillä keinoilla pyrittiin kontrolloimaan sitä, että tutkimukseen sisällytetyt terveyskeskukset olisivat tutkimusaiheen kannalta edustavia.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Työnantajakuva hallinta johtavien lääkäreiden näkökulmasta

Tässä luvussa kuvataan terveyskeskuksen työnantajakuva hallintaa sen tulkinnan mukaisesti, mikä aineistosta tehtiin. Tulkinta perustuu aineistossa haastateltujen sekä johtavien lääkäreiden että hoitajan näkemyksiin.

Työnantajakuva hallinnan osa-alueiksi terveyskeskusympäristössä tunnistettiin ensinnäkin aiheen strategisen merkityksen sisäistäminen ja toteuttaminen johtamistyössä. Toiseksi työnantajakuva hallinnassa korostui aktiivinen terveyskeskuksen näkyvyyden edistäminen ja kontrollointi sekä verkostoituminen alueellisesti ja valtakunnallisesti. Työnantajakuva hallittiin kuitenkin ulkoisen näkyvyyden lisäksi myös organisaation sisäisesti, mitä kautta varsinkin työilmapiirillä koettiin olevan merkitystä työnantajakuvassa. Työnantajakuva hallintatyössä korostui myös johtohenkilöiden valmiudet reagoida mahdollisiin kriisitilanteisiin organisaatiossa. Organisaatioihin liittyvät selkeät muutostilanteet, esimerkkinä kuntaliitokset, tai muut hankalat olosuhteet, keskeisimpänä vaikea lääkäripula, näyttäytyivät eräänlaisina kriittisinä pisteinä, joissa työnantajakuva hallinta vaati terveyskeskuksen johdolta erityisen aktiivista roolia.

Muodostunut kokonaiskuva työnantajakuva hallinnasta vastaa melko hyvin Edlingerin (2015) empiirisessä tutkimuksessa todettua käsitystä työnantajabrändin johtajien työstä. Edlinger määritteli työnantajabrändin johtamisen osa-alueiksi brändin luomisen, kontrolloimisen, sen tunnistettavuuden edistämisen sekä suojelemisen ja valvonnan. Brändin luominen ja kontrolloiminen näyttäytyi tämän tutkielman aineistossa erityisesti työnantajakuva hallinnan strategisen merkityksen sisäistämisen kautta. Lisäksi työilmapiirin suojeleminen ja systemaattinen rakentaminen liittyvät työnantajakuva luomiseen ja kontrolloimiseen. Terveyskeskus konteksti näkyy kuitenkin terveyskeskusten työnantajakuva hallinnan erityispiirteinä, kuten esimerkiksi nuorten ammattilaisten keskeisessä roolissa. Työnantajabrändin tunnistettavuuden edistäminen näyttäytyi selkeästi myös terveyskeskusten työnantajakuva hallinnassa terveyskeskuksen näkyvyyden edistämässä ja kontrolloimisessa. Brändin suojelemiseen ja valvontaan liittyen aineistossa korostui lisäksi kriisitilanteisiin reagoiminen terveyskeskusorganisaatioissa.

### 6.1.1 Näkemys työnantajakuvan strategisesta merkityksestä

Työnantajakuvan strateginen merkitys henkilöstön saatavuuden kannalta oli aineistossa selkeästi tunnistettu. Haastateltavat raportoivat esimerkiksi yhteydenotoista, joissa tiedustellaan työpaikkoja, koska terveyskeskuksella ”on niin hyvä maine”.

*”Eli se on selkeästi tällainen positiivinen viesti, joka kiertää, ja sitä ei saa hetkessä, mutta aika helppo se on sitten hävittää pois.”*

Haastateltavat viittasivat puheessaan työnantajakuvaan usein käsitteillä maine tai imago, joilla tarkoitettiin yleisesti työvoiman keskuudessa vallitsevaa käsitystä terveyskeskuksesta sekä terveyskeskukseen liitettyjä ominaisuuksia ja havaintoja. Työnantajakuvan hallinta tunnistettiin terveyskeskuksissa tärkeäksi ja jatkuvaksi työksi, joka vaatii terveyskeskuksen johdolta sitoutumista aktiivisiin pyrkimyksiin olla hyvä työnantaja.

*”Ei me voida vaan odotella että niitä [työntekijöitä] tulee, että kyllä meidän täytyy joka päivä jollain tavalla yrittää tehdä sen eteen töitä.”*

Erityisesti korostui myös se, että työnantajakuvan hallinta on luonteeltaan pitkäjänteistä työtä, sillä sitä on tehtävä myös työvoiman hyvän saatavuuden aikana.

*”Se on tavallaan just se yksi sudenkuoppa, helposti käy niin, että jos on ollut useampi vuosi niin että meillä on hyvä maine ja meillä on hyvin työntekijöitä, niin ei enää näyttäydä missään. Tilanteet muuttuu nopeasti ja yhtäkkiä ollaankin pulassa.”*

*”Oon sen tässä seudullakin nähnyt kuinka hyvä ja huono maine tulee ja menee. Ne liikkuu hitaasti, mutta jos on kovin tyytyväinen, liian tyytyväinen, siihen miten tilanne on, niin ei siinä kauhean monta vuotta mene kun se näkyy että kehitys on pysähtynyt eikä enää panosteta.”*

Työvoiman saatavuuteen vaikuttavia muita tekijöitä esiintyi aineistossa myös. Yhteiskunnan taloudellisella tilanteella havaittiin olevan vaikutusta terveyskeskustöön vetovoimaisuuteen yleensä. Taantuma- ja lama-aikana yleisestikin terveyskeskustööhön hakeudutaan enemmän, mikä on todettukin lääkärivajetta käsitelleissä tutkimuksissa (Saxen 2009, 16–17). Maantieteellisellä sijainnilla nähtiin olevan vaikutusta myös, sillä etenkin yliopistokaupunkien välittömässä läheisyydessä työvoimaa on parhaiten tarjolla. Toisaalta tietoisella työskentelyllä syrjäisen sijainnin vaikutusta työvoiman saatavuuteen on aineiston perusteella mahdollista vähentää ja terveyskeskuksen vetovoimaisuutta lisätä. Maantieteellisesti syrjäinen sijainti vaikuttaa myös terveyskeskustöön sisältöön,

mikä voi olla jopa maaseudun terveyskeskuksen vahvuus työnantajakuva. Näin ollen sijainnin voidaan katsoa vaikuttavan työnantajakuvaan myös työn sisällön kautta.

*”Tää työ on oikeasti hirveän mielenkiintoista. Jos se työ ei ole mielenkiintoista, niin mikään tällainen imagokaan ei auta kauhean pitkään. -- Maaseudulla se yleislääketiede on vaan äärimmäisen mielenkiintoista, kun siihen pääsee sisälle.”*

*”Tällainen niin sanottu pieni maalaisterveyskeskus on kuitenkin aika monipuolinen. Meillä ei ole tässä ihan lähellä niin kuin kaupungissa sitä valikoimaa ja niitä tukipalveluita, niin yritetään sitten monipuolisesti pitää huolta niistä tarpeista, mihin kysyntää on.”*

#### *Nuoret ammattilaiset erityisenä henkilöstöryhmänä*

Terveyskeskuksissa nuorilla ammattilaisilla ja opiskelijoilla oli erityinen rooli työnantajakuvaan näkökulmasta. Koska etenkin lääkäreillä terveyskeskukset voivat olla mukana eri koulutusvaiheissa (peruskoulutus, jatkokoulutus ja erikoistumiskoulutus), koulutukseen osallistuminen ja opiskelijamyönteisyys nähtiin selkeästi työnantajakuva vahvistavina tekijöinä. Kontaktin muodostuminen terveyskeskukseen jo opiskeluaikana helpotti terveyskeskukseen töihin hakeutumista valmistumisen jälkeenkin.

*”Nähdään tärkeänä tämä opiskelijoiden ja eri vaiheessa olevien lääkärin ohjaustoiminta. Mä näkisin, että se on semmoinen vahva tietoinen valinta, joka on satsausta tulevaisuuteen. Sen kautta ollaan paljon hyviä sijaisia saatu ja ollaan saatu hyvää vakituista henkilökuntaa.”*

Nuoriin ammattilaisiin panostaminen näyttäytyi terveyskeskusten työnantajakuvaan strategisena valintana. Esimerkiksi kesäsijaisiksi valittiin loppuvaiheen opiskelijoita, vaikka valmiitakin lääkäreitä olisi ollut saatavilla. Nuoret ammattilaiset strategisena valintana tarkoitti myös sitä, että heidän ohjaukseensa ja tukemiseensa oli tehtävä huomattavia panostuksia. Kuitenkin tästä valinnasta koettiin olevan merkittävää hyötyä tulevaisuudessa, ja sen koettiin vahvistavan hyvää työnantajakuva.

*”Mä jotenkin ajattelen, että meidän pitää pitää huolta siitä, että siellä on tulevaa sukupolvea kasvamassa. Eihän ne toki ne vitoskurssin kandit, ei ne meille kustannustehokkainta työvoimaa ole, ei suinkaan. Me joudutaan ihan hirveästi panostamaan siihen. -- Sillä me kasvatetaan sitä, että opiskelijoiden keskuudessa meillä on jo hyvä maine. Ja sitten me saadaan niitä sen jälkeen kun ne on valmistunut sieltä koulunpenkiltä.”*

Varsinkin opiskelijayhteisöissä viesti työilmapiiristä, ohjauksesta ja työolosuhteista leviää hyvin tehokkaasti vaikuttaen nuorten vastavalmistuneiden lääkäreiden ja loppuvaiheen opiskelijoiden käsityksiin kyseisestä terveyskeskuksesta työnantajana.

Aineistossa ”puskaradiota” kuvattiin merkittävänä rekrytointitekijänä ja työnantajaku-  
välittäjänä.

*”Hyvä kello kantaa kauas, mutta huono kello vielä kauemmas ja vielä pidempään.”*

*”Jos kandi laittaa viestin, että haluaisin tulla teille kesäksi töihin, kun teillä on niin hyvä maine, niin ei hän ole sitä mainetta lukenut mistään lehdestä tai nettisivulta, vaan kyllä se on niiltä toisilta opiskelukavereilta tullut.”*

### **6.1.2 Terveyskeskuksen näkyvyys**

Näkyvyyden edistäminen ja kontrolloiminen olivat osa terveyskeskuksen tietoista työnantajaku-  
van hallintaa. Erilaisia sidosryhmiä ja kanavia positiivisen näkyvyyden edistämiseksi tunnistettiin useita.

*”Siinä on suunnitelmallisuutta ja kyllä me on haluttu näkyä.”*

*”Kyllä sitä pitää näkyä alueella, jos haluaa omaa mainettaan viedä eteenpäin.”*

Tutkimusterveyskeskukset osallistuivat aktiivisesti erilaisiin paikallisiin verkostoihin, joissa toimijoina olivat muun muassa terveyskeskukset, kunnat, oppilaitokset, yliopistot sekä sairaanhoitopiirit. Verkostoissa toimimisella terveyskeskuksissa koettiin, että saavutettiin näkyvyyttä alueellisesti sekä vahvistusta omalle työnantajakuvalle. Opiskelijoiden ja nuorten ammattilaisten keskeinen asema näkyi myös siinä, että opiskelijat ja valmistuvat kurssit nähtiin tärkeänä sidosryhmänä, joiden järjestämiin tilaisuuksiin terveyskeskuksen johdon edustajat pyrkivät osallistumaan. Lisäksi terveyskeskukset olivat mukana kuntien järjestämissä rekrytointi- ja muissa tapahtumissa.

Näiden lisäksi terveyskeskuksen näkyvyyden kannalta kuntalaiset muodostivat tärkeän sidosryhmän. Erilaiset mediat, tärkeimpänä paikallismediat, edustivat kanavaa, jota kautta näkyvyyttä saatiin. Varsinkin mediassa myös näkyvyyden kontrollointi oli tärkeässä roolissa.

*”Pidät huolen siitä että sun terveyskeskuksesta on positiivisessa sävyssä juttuja lehdistössä ja sä näyt ja sun organisaatiosi näkyy positiivisessa valossa.”*

Positiivinen näkyvyys edisti ja tuki hyvää työnantajakuvaa, ja terveyskeskuksen johtavien lääkärin näkökulmasta olikin merkittävää, että negatiivisia asioita ja terveyskeskuksen sisäisiä ongelmia, esimerkiksi työvoimapulaa, ei turhaan esitelty julkisuudessa.

Terveyskeskuksissa oli tartuttu ennakkoluulottomasti myös erilaisiin mahdollisuuksiin olla näkyvillä valtakunnallisestikin, esimerkiksi osallistumalla ”Kandit”-televisio-ohjelmaan, jossa seurattiin opiskelujen loppuvaiheessa olevien nuorten lääketieteen kandidaattien työskentelyä terveyskeskuslääkärin kesäsisijaisena.

*”Yksi olennainen juttu on se, että mä en hirveästi itkeskellyt sitä lääkäripulaa julkisuuteen. Että meillä kyllä annettiin se julkisuuskuva aika positiiviseksi, vaikka tilanne olisi ollutkin välillä huono. Ei sitä käyty julkisuudessa vatvomaan, vaan ne signaalit, mitä annettiin ulospäin, oli positiivisia.”*

### **6.1.3 Työilmapiirin merkitys**

Terveyskeskuksen näkyvyyden edistäminen ja kontrolloiminen voidaan tulkita paitsi brändin tunnistettavuuden edistämiseksi, myös ulkoisen työnantajakuvan vahvistamiseksi. Aineistossa kuitenkin myös sisäinen työnantajakuva ja sen painoarvo työnantajakuvassa korostuivat. Olemassa olevan henkilöstön merkitys työnantajakuvan tekijöinä ja lähettiläinä nähtiin keskeisenä. Tätä kautta terveyskeskuksen johdon lisäksi koko henkilöstön panos työnantajakuvan hallinnassa tunnistettiin.

*”Kyllähän se oikeasti suurin viestin välittäjä on se, että mitä palautetta meillä työskentelevät ihmiset antaa meistä eteenpäin.”*

*”Että tavallaan koko henkilöstö ymmärtää sen, että he toimivat niin kuin markkinamiehinä siinä omassa sosiaalisessa ympäristössään. Se on kuitenkin vahva keino sieltä kautta saada niitä hyviä työntekijöitä, kun sitä viedään ulospäin.”*

Sisäisistä olosuhteista työilmapiiri sai aineistossa erityisen suuren merkityksen. Varsinkin opiskelijoiden ja sijaisten kautta ilmapiiriin ja sisäiseen työnantajakuvaan liittyvät tekijät kulkeutuivat organisaation ulkopuolelle vaikuttaen laajasti työvoiman käsityksiin ja havaintoihin terveyskeskuksesta työnantajana.

*”-- Samoin työpaikan henki. Että miten sijaisia kohdellaan, tietysti peruslähtökohta on se vakituinen henkilökunta, mutta sijaiset ja opiskelijat on huomioitava. Ne on sellainen käyntikortti, miten heitä kohdellaan, niin hehän vie sitä viestiä.”*

*”Me vaikutetaan siihen kaikki, jos me ollaan tuolla ja kitistään koko aika, niin eihän tänne uudet työntekijät tule. Ei ne viihdy. Pitää pitää yhteisesti huolta siitä, että meillä on täällä hyvä olla töissä.”*

Työilmapiiriin olikin aineiston terveyskeskuksissa panostettu tietoisella tasolla, ja pyritty rakentamaan sellaista henkeä, joka toimii vetovoimatekijänä terveyskeskuksessa.

*”Kyllähän me sitäkin keskustelua sitten käytiin meidän työntekijöiden kanssa, että on niin hirveesti meistä koko porukasta kiinni, että ollaanko me vetovoimaisia, saadaanko me tänne työntekijöitä vai ei.”*

Ilmapiiriä kuvailtiin aineistossa muun muassa ”hyväksi yhteishengeksi”, ”positiiviseksi tekemisen meiningiksi”, ”tiimihengeksi” ja yleisesti siten, että ”meillä on mukava olla töissä”. Ilmapiiriin liittyvät havainnot edustavat työnantajakuvan symbolisia ulottuvuuksia, ja kuten Lievens ja Highhouse (2003) ovat todenneet, symboliset tekijät ovat erityisen voimakkaita elementtejä työnantajakuvassa erotellen organisaatioita toisistaan ja lisäksi organisaatioiden vetovoimaisuutta. Tämän tutkielman empiiriset havainnot tukevat sitä, että esimerkiksi positiiviseen ilmapiiriin liittyvät symboliset piirteet koetaan terveyskeskuksissa työnantajakuvaa selkeästi vahvistavina tekijöinä.

#### **6.1.4 Kriisitilanteiden hallinta**

Työnantajakuvan hallinnassa esiintyi erityisiä potentiaalisia kriisitilanteita, jotka vaativat reagoimista työnantajakuvan turvaamiseksi. Edlingerin (2015) kuvailemana kyse on työnantajabrändin suojelemisesta työnantajakuvan johtamisen osa-alueena. Tällaiset tilanteet saattoivat esiintyä myös käännekohtina, joissa työnantajakuvaa voitiin muuttaa tai vahvistaa ja luoda uudenlaista työnantajaidentiteettiä. Tyypillisimmät esille tulleet tilanteet terveyskeskusaineistossa olivat työvoimapula ja suuret organisaatioon liittyvät muutokset, kuten kuntaliitokset. Jopa neljässä tutkimusaineiston terveyskeskuksessa kuvailtiin jossain vaiheessa aiemmin vallinneen työvoimapulaa, joka oli onnistuttu selättämään päämäärätietoisien työskentelyn avulla. Liitteessä 4 esitellään tarkemmin yhtä tapausta lyhyenä tapauskuvauksena.

Kriisitilanteiden kuvauksille yhteistä oli, että ne olivat saaneet aikaan terveyskeskuksen johdossa selkeän reaktion, ja oli nähty, että on tartuttava toimeen ja tehtävä jotain. Haastatteluaineistossa näitä hetkiä kuvattiin usein pysähtymisenä tai herätyksenä.

*”Siinä hetkessä mietittiin lähiesimieskaartin kanssa, että mitä tälle asialle pitäisi tehdä.”*

*”Me pysähdyttiin oikeastaan siinä miettimään sitten yhdessä hoitohenkilökunnankin kanssa, että mitä voitaisiin tehdä.”*

*”Selkeästi on nähty, että jotain on tehtävä, jotta voidaan turvata se toiminta.”*

Tilanteen tunnistamisen jälkeen kriisitilanteille tyypillistä oli yhteisen näkemyksen muodostaminen siitä, mihin asioihin panostamalla tilanteeseen voidaan vaikuttaa. Näiden valintojen pohjalta on alettu rakentamaan uutta. Seuraavassa luvussa 6.2 paneudutaan tarkemmin työnantajakuvan kehittämisen konkreettisiin välineisiin ja keinoihin. Tässä vaiheessa voidaan todeta, että työnantajakuvan hallinnassa uusien toimintamallien ja muiden toimenpiteiden lisäksi potentiaalisten kriisitilanteiden selvittämiseen kuuluivat koko henkilöstä huolehtiminen ja kaikkien osallistaminen. Aineiston terveyskeskuksissa oli hyödynnetty esimerkiksi kehittämistyöpajoja ja osallistavia työpajamenetelmiä osana yhteisen suunnan ja näkemyksen vahvistamista.

*”Musta tuntuu että siitä me lähdettiin rakentamaan tätä uutta [organisaatiokulttuuria]. -- Se on vaatinut paljon vuoropuhelua, siis oikeasti kaksisuuntaista viestintää.”*

## **6.2 Terveyskeskuksen vetovoimaisuustekijät ja työnantajakuvan kehittämisen välineet magneettimallin avulla tarkasteltuna**

Tässä luvussa esitellään työnantajakuvan kehittämisen välineitä; sellaisia toimintakäytäntöjä, -malleja ja tekijöitä, jotka terveyskeskusaineistossa vaikuttaisivat lisäävän terveyskeskuksen vetovoimaisuutta työnantajana. Aineistossa näitä työkaluja oli käytetty etenkin työvoimapulan ratkaisemisessa ja terveyskeskuksen toiminnan kehittämisessä resurssien täydeksi hyödyntämiseksi, työhyvinvoinnin edistämiseksi ja prosessien sujuvoittamiseksi. Työnantajakuvan kehittämisen välineet esitetään magneettimallin mukaisesti ryhmiteltynä, koska mallin todettiin vastaavan melko hyvin vetovoimaisen terveyskeskusorganisaation keskeisiä piirteitä aineistossa ja toimivan näiden esittämisessä.

### **6.2.1 Johtajuus**

Magneettimallissa johtajuutta käsitellään transformationaalisen johtajuuden käsitteen avulla. Tämän tutkielman aineistossa johtajuutta lähestyttiin kysymällä haastateltavilta heidän omasta johtajuudestaan, joten kyseessä on siis terveyskeskuksen johtohenkilöiden oma arviointi omasta johtajuudestaan sekä johtamistyön keskeisistä elementeistä. Aineistossa johtavien lääkäreiden itsearvioimana tulivat esille transformationaalisen johtajuuden piirteet. Yleisesti ottaen johtavat lääkärit ja hoitaja pitivät johtamistyössä tärkeänä läsnäoloa ja vuorovaikutusta koko henkilöstön ja esimiestason kanssa. Lisäksi



korostui johtajan rooli eteenpäin katsomisessa ja toiminnan kehittämisen moottorina, eli kuten magneettimallissa määriteltiin transformationaalisen johtajan visionäärisyytenä ja tavoitteellisuutena (Wolf ym. 2008, 202).

#### *Läsnäolo ja tavoitettavuus*

Terveyskeskuksissa läsnäoloa pidettiin erittäin tärkeänä johtajuuden elementtinä. Läsnäolo tarkoitti fyysistä paikallaoloa, henkilöstön kuuntelemista ja henkilöstön esiin tuomiin asioihin tarttumista. Mitä pienempi terveyskeskus oli kyseessä, sitä enemmän ylilääkäri oli konkreettisesti läsnä ja mukana henkilöstön päivittäisessä arjessa. Johdossa pidettiin tärkeänä, että henkilöstö kokee johdon helposti lähestyttäväksi ja on tavoitettavissa.

*”Sellainen huvittava konkreettinen esimerkki on, että mä ihmettelin kun tulin tänne [ylilääkäriksi] että ihan oikeastiko täällä ylilääkäri toimii posteljoonina. Ylilääkäri kuljetti joka päivä postinsa kolmeen eri paikkaan ja haki kolmesta eri paikasta, että onko tässä nyt mitään järkeä. Mutta kyllä mä sen järjen siinä sitten oivalsin, että hän näyttäytyi näissä kaikissa toimipisteissä melkein joka päivä.”*

Läsnäolo ja tavoitettavuus liitettiin oman henkilöstön lisäksi myös organisaation ulkopuolisiin sidosryhmiin, etenkin potentiaalsiin työnhakijoihin ja opiskelijoihin. Aktiivinen, helposti lähestyttävä johtaja terveyskeskuksessa nähtiin vetovoimaisuustekijänä henkilöstön rekrytoinnissa.

*”Kyllä se on eri asia, jos mä menisin puhumaan kandidilaaisuuteen, kuin että me laitetaan mainos kandidivalmistujaislehteen. Kyllä viesti on silloin erilainen, se vaatii sitä henkilökohtaista kontaktia.”*

#### *Johtajan vuorovaikutus ja viestintä*

Johtamistyössään johtavat lääkärit ja hoitaja pyrkivät aktiiviseen, kaksisuuntaiseen vuorovaikutukseen henkilöstön kanssa. Johdolle oli tärkeää, että henkilöstö kokee tulleen kuulluksi ja tuntee voivansa vaikuttaa omaa työtänsä koskeviin päätöksiin. Käytännössä tätä toteutettiin johtamistyössä antamalla aikaa keskusteluille sekä olemalla läsnä ja tavoitettavissa kaikissa terveyskeskukseen kuuluvissa pienissäkin yksiköissä. Johtajuutta kuvattiin toistuvasti myös osallistavaksi, eli johtamisen ja toiminnan kehittäminen nähtiin koko henkilöstön yhteisenä tehtävänä.

*”Se on ihan eri asia asiantuntijana toteuttaa työtä, kuin että sä saat asiantuntijat tekemään sen just siihen samaan, yhteen haluttuun. Siellä voi*

*olla monenlaisia näkökulmia ja ajatuksia, ja niiden yhteensovittaminen on sen johtamisen tasojen tehtävä.”*

Heilmann (2010) toi tutkimuksessaan esiin johdon merkityksen työilmapiirille ja työhyvinvoinnille, ja sitä kautta johdon työnantajakuvan vahvistajana. Myös tämän tutkielman tulokset ovat linjassa Heilmannin tutkimuksen kanssa, sillä henkilöstölähtöinen sekä henkilöstöä lähellä oleva johtajuus vaikuttaisi olevan yhteistä tutkimusaineiston terveyskeskusten johdossa.

#### *Transformationaalinen johtajuus tulevaisuuteen tähtäävänä johtajuutena*

Johtajuuden olennaisena osa-alueena kuvattiin myös eteenpäin katsominen, pitkäjänteinen kehittämistyö ja johdonmukainen organisaation vision ja strategian toteuttaminen.

*”Vaikka työntekijät polkee siinä arjessa sitä polkupyöräänsä, mutta kyllä siellä johdon pitäisi pystyä näkemään, ennakkoon katsoa sinne tulevaisuuteen ja tehdä niitä isoja korjausliikkeitä.”*

Transformationaalinen johtajuus näyttäytyi aineistossa myös johtajan kykynä inspiroida alaisiaan ja haastaa heitä uuden edessä, kuten Bass (1991,11) määrittelee transformationaalisen johtajuuden ulottuvuuksiksi. Johtajan rooli terveyskeskuksessa nähtiin myös etenkin organisaation ja henkilöstön ohjaamisessa laadukkaan perustehtävän toteuttamisesta siihen, mitä laadukkaat palvelut tulevaisuudessa ovat ja kuinka asiat voitaisiin tehdä paremmin.

*”Mitä innostuneempi ja kannustavampi jaksan itse olla, kun mä sytyn jostain asiasta ja innostun, niin sitten koko porukka lähtee helpommin mukaan tekemään jotain uutta juttua. Mutta jos mä oisin jotenkin jarrumiehenä tai en jaksais innostaa, niin semmonen kehittämisinto ainakin hyytyisi.”*

Bassin (1999) mukaan transformationaalisen johtajan ominaisuus on myös kyky tukea yksilöllisesti alaistensa ammatillista kasvua ja kehittymistä. Ottaen huomioon, että nuoret ammattilaiset ovat terveyskeskuksissa merkittävä henkilöstöryhmä, tämä johtajuuden ulottuvuus esiintyi odotettavasti myös tutkielman aineistossa. Haastatteluissa kuvattiin, kuinka varsinkin lähiesimiesten osalta, mutta myös johtavien lääkäreiden tasolla, nuorten kollegoiden kasvamista yleislääkäriyteen tuettiin ja pidettiin tärkeänä tehtävänä. Nuoria ammattilaisia ohjattiin jopa päivittäisissä tapaamisissa, ja ohjauksen luonnetta kuvailtiin

kädestä pitäen ohjaamiseksi ja verrattiin jopa urheiluvalmennukseen ja ”coaching”-tyyppiseen tukemiseen.

*”Johtajuushan on sitä että porukka osaa tehdä. Ei sitä että johtajat loistaa, vaan se, että miten se porukka lähtee lentoon.”*

### **6.2.2 Rakenteet**

Rakenteisiin liittyvä komponentti on magneettimallissa nimetty rakenteiden avulla voimaannuttamiseksi, ja vetovoimaisuustekijänä komponenttia kuvattiin rakenteilla, joiden avulla henkilöstöä ohjataan, henkilöstölle annetaan toimivaltaa ja henkilöstövoimavarojen kehittymistä tuetaan organisaation tavoitteiden saavuttamiseksi (Wolf ym. 2008, 202–203). Aineistossa näihin rakenteisiin liittyviä vahvuuksia löydettiin organisaatioiden koosta ja rakenteista, henkilöstövoimavarojen johtamisen käytännöistä sekä henkilöstön kehittämisen toiminnoista.

*Organisaation koko ja muut organisaatorakenteeseen liittyvät tekijät*

Huomattavaa aineistossa oli, että valikoituneet terveyskeskukset edustivat kaikki melko pieniä terveyskeskuksia väestöpohjan ollessa pääosin 10 000 - 30 000 välillä. Johtavat ammattihenkilöt toivat organisaation koon esille myös haastatteluaineistossa terveyskeskuksen vahvuutena. Organisaation koon koettiin mahdollistavan johdon lähestyttävyyden ja lisäävän organisaation joustavuutta. Organisaatioita kuvattiin muun muassa matalina ja ketterinä.

*”Mun mielestä nykyisessä organisaatiossa, se on mukavan matala, selkeästi tehdään yhteistyötä, mutta silti on selkeää kuka tekee päätökset ja mistä asioista.”*

Rakenteissa koettiin tärkeänä myös se, että ne olivat selkeät ja jokaisen rooli ja vastuut organisaatiossa olivat selkeästi määritelty. Johtamisjärjestelmän dualistisuus, eli jakautuminen ammattikuntien mukaisesti omiin johtamislinjoihin, oli olemassa tutkituissa terveyskeskuksissa, mutta johtotasolla ammattiryhmät toimivat selkeästi tiiminä vahvistaen ammattiryhmien välistä integraatiota. Johtavat lääkärit kertoivat lähimmän työparinsa olevan johtava hoitaja. Oikeudenmukaisuus, avoimuus ja läpinäkyvyys olivat myös arvoja, joiden toteutumista rakenteiden avulla pidettiin

tärkeänä terveyskeskuksissa. ”Oikeudenmukaisen työnantajapolitiikan” kuvailtiin ulottuvan esimerkiksi palkkauksesta työvuorojen ja lomien suunnitteluun.

Johtavien lääkärien näkökulmasta organisaatioon liittyvinä vahvuuksina tuotiin aineistossa esille myös selkeät suhteet ja työnjako poliittiseen johtoon nähden sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintojen integraatio terveyskeskusorganisaation rakenteessa. Näiden tekijöiden merkitystä laajemmin työnantajakuvassa henkilöstön näkökulmasta on vaikea tämän tutkielman tutkimusasetelman puitteissa arvioida, sillä voi olla, että ne liittyvät vahvemmin terveyskeskuksen johdon työhön kuin toimivat työnantajakuva vahvistavina ja vetovoimaisuutta lisäävinä tekijöinä henkilöstön näkökulmasta.

#### *Henkilöstövoimavarojen johtamisen käytännöt*

Mahdollisuus työaikajoustoihin ja muihin erilaisiin työaikajärjestelyihin koettiin terveyskeskuksissa selkeänä vetovoimaisuustekijänä. Erilaisilla järjestelyillä pystyttiin tukemaan työn ja erilaisten elämäntilanteiden yhteensovittamista, ja tätä kautta lisäämään terveyskeskuksen houkuttelevuutta työnantajana. Työajan lyhentämisen lisäksi muita käytäntöjä olivat esimerkiksi työajan sijoitteluun liittyvät järjestelyt ja mahdollisuudet palkattomiin vapaisiin.

*”Me on koitettu olla mahdollisimman joustava työnantaja. Osa-aikaisuutta, erilaisia työjärjestelyitä, niitä suositaan. Lähtökohtana on ollut se, että jos me työnantajana ollaan joustavia, niin nähdään että se tuottaa hedelmää tulevaisuudessa. Ja sitten toisaalta voi ajatella, että ehkä työntekijät on niin vahvempia satsaamaan siihen työhönsä ja ehkä antamaan sitten joskus ekstrapanosta, kun sitä tarvitaan.”*

Sijaisia tarvittiin myös terveyskeskuksissa, joten hyvän ja joustavan henkilöstöpolitiikan on ulotuttava myös sijaisjärjestelyihin sijaisten houkuttelemiseksi ja sitouttamiseksi. Esimerkiksi hyville sijaisille pyrittiin järjestämään sijaisuudet mahdollisuuksien mukaan jatkuvasti, jotta heitä ei menetetä.

#### *Ammatillisen kehittymisen tukeminen*

Koulutusmyönteisyys yleensäkin nähtiin työnantajakuva vahvistavana tekijänä terveyskeskuksissa. Lääkäreiden osalta yleislääketieteen erikoistumiskoulutus jo itsessään toi koulutus- ja kehittymisnäkökulman vahvasti mukaan terveyskeskuksiin, ja

valtakunnalliset suosituksetkin ohjasivat lisä- ja täydennyskoulutuksen järjestämistä voimakkaasti. Terveyskeskuksissa oli käytössä runsaasti koulutuskäytäntöjä, joilla pyrittiin tukemaan henkilöstön ammatillista kehittymistä. Jatkokouluttautumista tuettiin muun muassa opintovapailla. Aineiston terveyskeskuksissa järjestettiin myös esimerkiksi sisäisiä toimintatapakoulutuksia, joissa hyödynnettiin organisaation sisäistä osaamista koko henkilöstön hyväksi. Lisäksi esimerkiksi videoneuvotteluyhteyksien avulla pystyttiin osallistumaan myös muualla järjestettyihin koulutuksiin helposti ja hyödyntämään koko sairaanhoitopiirin koulutustarjontaa tehokkaasti.

Organisaation tasolla ammatillisen kehittymisen suhteen nähtiin tärkeänä, että se muodostaa kokonaisuuden, joka palvelee yksilöiden lisäksi terveyskeskuksen toimintaa. Yksilöllisten kehittymistoiveiden ja -mielenkiinnonkohteiden sovittaminen organisaation osaamistarpeisiin tapahtui etenkin kehityskeskusteluiden kautta.

*”Siinä on tietysti kaksi tasoa. Se, että jokaisen pitää yksilönä ammatillisesti kehittyä, mutta sitten on myös se, että sen terveyskeskustyön pitää muodostaa jonkinlainen kokonaisuus.”*

Terveyskeskuksissa oli myös rakennettu kehittymispolkuja niille, jotka halusivat syventää osaamistaan jollain osa-alueella. Tavoitteena oli saada jokaisen työntekijän ammattitaito ja asiantuntemus parhaaseen käyttöön, mikä nähtiin henkilöstöä motivoivana ja positiivista työnantajakuvaa edistävänä tekijänä. Käytössä oli esimerkiksi asiantuntijahoitajien kehittymispolkuja, joissa hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus hankkia lisää osaamista jollain erityisalueella ja keskittyä siihen työssään.

*”Meidän lähtökohta on siinä että meidän työntekijät saisi sitä asiantuntemustaan kehittää sillä alueella, mikä tuntuu hyvältä. Meillä on hoitajilla asiantuntijajärjestelmä -- eli meillä saa sitä hoitajan asiantuntemusta käyttää mahdollisimman laajasti. Kaikilla on vähän sitä omaa spesiaalia työtä, mikä tietysti tuo sen hyvän työnantajakuvan juuri siitä, että täällä pystyy kehittymään.”*

Tutkimustulokset koskien organisaation rakenteita ovat samankaltaisia kuin mitä Stordeur kollegoineen (2007) totesivat tutkimuksessaan vetovoimaisten sairaaloiden piirteistä. Belgialaisaineistossa tutkituille vetovoimaisille sairaaloille yhteisiä piirteitä olivat muun muassa selkeä roolijako, hyvä vuorovaikutus tiimien, johdon ja ammattiryhmien välillä, mahdollisuudet työn ja muun elämän yhteensovittamiseksi ja henkilöstön tyytyväisyys työaikoihin (Stordeur ym. 2007, 45).

### 6.2.3 Kliinisen työn hallintaa tukevat toimintakäytännöt

Magneettimallin esimerkilliset ammatilliset käytännöt tulkittiin tutkielmassa terveyskeskuskontekstiin soveltuen kliinistä työtä ohjaaviksi käytännöiksi. Toisin sanoen kyse on työprosessien ohjaamisesta, eli terveyspalveluissa potilastyötä ohjaavista käytännöistä. Keskeinen ongelma terveyskeskuksissa kirjallisuuskatsauksen perusteella olikin juuri kliinisen työkuorman hallinta ja työn organisoiminen, kuten luvussa 4.2.3 esitettiin.

Kliinisen työkuorman hallinta koettiin väistämättä haasteena myös kaikissa tutkimusaineiston terveyskeskuksissa. Aihe koettiin tärkeäksi, sillä kohtuuttoman tai epätasaisesti jakautuneen työkuorman nähtiin vaikuttavan terveyskeskuksen työnantajakuvaan haitallisesti. Täysin työkuormaan liittyviä haasteita ei terveyskeskuksissa ollut onnistuttu ratkaisemaan, sillä väistämättä terveyskeskustyöhön liittyi kiireisiä ja kuormittavia osa-alueita. Kuitenkin hyvillä työn hallintaa tukevilla toimintakäytännöillä kuormituksen negatiivisia vaikutuksia henkilöstön jaksamiseen ja organisaation työnantajakuvaan pystyttiin torjumaan.

*”Se on se työn hallinta todella haasteellinen homma. Kun kysyntä on loppujen lopuksi aivan pohjaton.”*

*”Ei ole helppo kysymys, erityisesti kun sitä resurssia ei ole. Mutta mä olen urallani ollut kerran sellaisessa tilanteessa, että me saatiin yksi lääkärinvirka lisää. Siis jos ei mitään muuta tehdä, kuin että tulee lisää resurssia, niin se kapasiteetti on kahdessa kuukaudessa käytetty, ihan kuin mitään ei olisi tapahtunutkaan, ihan samanlainen ruuhka joka paikkaan. Eli pakko on miettiä myöskin miten sitä työtä tehdään.”*

#### *Moniammatillisuuden edistäminen*

Yksi ratkaiseva tekijä, jonka avulla terveyskeskusten vetovoimaisuutta oli onnistuttu lisäämään, oli moniammatillisuuden hyödyntäminen ja edistäminen organisaation voimavarana. Moniammatillisten toimintamallien avulla koettiin, että työtä pystyttiin hoitamaan paremmin ja henkilöstö saavutti sen myötä suurempaa tyytyväisyyttä työstään. Työnantajakuvassa moniammatillisten toimintamallien suosiminen antoi myös vahvan viestin kaikkien osaamisen ja työpanoksen arvostuksesta ja olemassa olevien resurssien täysimääräisestä hyödyntämisestä.

*”Tietysti tämä hoitaja-lääkäri-työparimallikin vie vielä siihen suuntaan, että siinä tehdään, kumpikin tekee niitä omia osaamisen vahvuuksia ja*

*kumpikin on saanut kehittää sitä osaamistaan. Esimerkiksi sairaanhoitajat on päässeet ehkä aidommin tekemään sitä, mihin heidän asiantuntemuksensa ohjaa, eikä sitä mitä se on ehkä ollut vielä joitakin vuosia sitten, ehkä enemmän apuna ja tukena toimivaa, vaan se on myöskin itsenäistä asiantuntijatyötä.”*

Moniammatillisista toimintamalleista työparimalli oli vahvimmin esillä aineistossa, ja kokemukset siitä olivat selkeästi positiivisia. Aineiston terveyskeskuksissa oli käytössä kuitenkin myös muita moniammatillisuutta edistäviä toimintakäytäntöjä. Terveyskeskuksissa oli esimerkiksi lisätty hoitajavastaanottojen määrää sekä hyödynnetty myös muiden ammattiryhmien erityisosaamista vastaanottotoiminnassa, esimerkkinä fysioterapeuttien suoravastaanotto. Työparityöskentelyä voitiin hyödyntää myös yksittäisissä kohdennetuissa toiminnoissa, joiden avulla ongelmakohtiin pystyttiin pureutumaan tehokkaasti.

#### *Perehdytys ja työnohjaus*

Uusien työntekijöiden vastaanottaminen ja perehdytys nähtiin hyvin tärkeinä vaiheina työnantajakuvan kannalta. Perehdyttämisen katsottiin vaativan oman aikansa, ja sitä luonnehdittiin pitkäkestoisena sisänaajona organisaatioon. Hyvänä perehdytyskäytäntönä kuvailtiin esimerkiksi, että kokonainen päivä käytettiin ainoastaan potilastietojärjestelmän ja siihen liittyvien toimintojen opetteluun. Lisäksi uusien työntekijöiden kohdalla pidettiin tärkeänä, että työmäärä pidettiin alkuun maltillisena riittävän pitkän jakson ajan.

*”Se mihin voi vaikuttaa työnantajakuvassa, niin rekrytointiin sinänsä on kiinnitettävä huomiota, mutta erityisesti siihen, miten uudet työntekijät perehdytetään. Se on varmaan sellainen yksi ihan avainasia. Se, että ei niin sanotusti heitetä oman onnensa nojaan, soitellen sotaan jonnekin, vaan että se perehdytys on tosi tärkeä juttu.”*

Nuorten ammattilaisten kohdalla perehdytyksen lisäksi vieläkin pitkäkestoisempi ja intensiivisempi ohjaus vaati erityistä huomiota. Aineiston terveyskeskuksissa oli erityisesti paneuduttu siihen, että opiskelijoilla ja yleislääketieteen erityiskoulutusvaihetta suorittavilla oli nimetty ohjaaja ja säännölliset ohjaustapaamiset koulutusvaiheelle asetettujen laatukriteerien mukaisesti. Aiempi tutkimus on osoittanut, että yleisesti terveyskeskuksissa ohjaustapaamisten järjestämisessä on edelleen jonkin verran terveyskeskuskohtaista vaihtelua, vaikka tilanne on 2000-luvulla parantunut

(Sihvonen & Kekki 2008). Perusteellisesta ohjauksesta huolehtiminen vaikuttaisikin olevan keskeinen elementti hyvän työnantajakuva saavuttamiseksi nuorten ammattilaisten keskuudessa.

*”Meillä on jatkuva tutorointi, tutorilla ei tosiaan ole mitään muuta tehtävää kuin se tutorointi, ja sitten heitä on riittävästi, varsinkin siinä alkuviikkojen aikana. -- Ettei tule semmoinen, kun useinhan tässä yleislääkärin työssä tulee semmoinen alkukaaos.”*

*”Aika paljon panostettiin siihen, että jos opiskelija tuli kesätöihin, niin heillä oli hirmuhyvä ohjaus ja koulutus ja tuki. -- Ja sitä alkoi sitten maine paranemaan opiskelijoiden keskuudessa, että on hyvä terveyskeskus.”*

Terveyskeskuksissa hyödynnettiin myös erilaisia työnohjausmenetelmiä tukemassa työn hallintaa, erityisesti sellaisissa yksiköissä, joissa työn luonteesta johtuen henkinen kuormitus oli kova. Lisäksi tarvittaessa oli järjestetty erilaista kohdennettua ohjausta mahdollisiin ongelmiin, esimerkiksi ”tietokonepajoja” potilastietojärjestelmän käytön sujuvoittamiseksi. Tärkeänä työkuorman hallinnassa nähtiin, että tukea oli jossain muodossa tarjolla ja ettei työ ollut ainoastaan yksinäistä puurtamista, vaan mahdollisuuksia tukeutua kollegoihin oli tarjolla.

*”Meillä on muutamia henkisesti aika raskaita paikkoja, esimerkiksi meillä on saattohoitoyksikkö, niin työnohjausta järjestetään. Erityisesti heille sitä on järjestetty paljon, mutta meillä aika hyvin sitä on kaikille pystytty tarjoamaan, jotka sitä tarvitsee.”*

#### *Vaikutusmahdollisuudet oman työn sisältöön*

Mahdollisuudet vaikuttaa yksilöllisesti oman työn sisältöön ja esimerkiksi työpäivän kulkuun koettiin yhtenä merkittävänä keinona lisätä työn hallintaa. Yksinkertaisimmillaan vaikutusmahdollisuudet merkitsivät vastaanottoaikojen pituuksien vapaata muokkaamista tai työpäivän rakenteen muokkaamista omiin työtapoihin sopivammaksi. Yksilöllisten ratkaisujen helpottamiseksi vastaanottotoimintaa oli esimerkiksi myös ryhmitelty lääketieteellisen sisällön mukaisesti moduuleihin, joiden avulla työn sisältöä pystyttiin säätämään yksilöllisen osaamistason ja toiveiden mukaisesti. Vaativuudeltaan eritasoisten moduulien avulla etenkin nuorten ammattilaisten työn hallintaa pystyttiin tukemaan asteittain.

*”Työnantajan pitää voida luottaa siihen, että se työntekijä tekee sen työn sitten järkevällä tavalla. -- Meillä on yksilölliset tavat tehdä töitä, jonkinlaista taistelua pitää pystyä sallimaan.”*



### *Muita työn järjestämiseen liittyviä käytäntöjä*

Työn kuormittavuuden kannalta aineiston terveyskeskuksissa tunnistettiin omalääkäri- ja väestövastuumalliin liittyvät työajan hallinnan haasteet. Osassa terveyskeskuksia oli otettu käyttöön listautumismalleja, joiden koettiin vaikuttaneen työkuormituksen kokemuksiin positiivisesti. Molempia malleja aineistossa kuitenkin esiintyi, joten yksittäisiä malleja olennaisempaa vaikuttaisi olevan työtä ohjaavien käytäntöjen ja -mallien kokonaisuus.

Työkiertoa hyödynnettiin myös sekä työkuorman tasaisen jakautumisen edistämiseksi että tiettyjen haavoittuvien yksiköiden toiminnan turvaamiseksi. Työjärjestelyitä oli sujuvoitettu esimerkiksi kartoittamalla palveluiden kysyntää eri ajankohtina, ja kehittämällä palvelutarjontaa paremmin sitä vastaavaksi. Työympäristöä pyrittiin rauhoittamaan esimerkiksi neuvontapuhelimien ja sähköisten palveluiden avulla.

*”Nämä on semmoisia pieniä tekijöitä, mutta olennaista mun mielestä on se, että koska me tiedetään, että jotkut työt vaan väistämättä on raskaita ja siellä on kiire, ja se on henkisesti raskasta. Tämmöisillä pienillä asioilla me koitetaan siihen vaikuttaa. Ja tietysti olennaista on, että se työpaikan henki pysyy mahdollisimman hyvänä.”*

Vetovoimaisuustekijänä klinistä työtä ohjaavat käytännöt olivat siis tärkeä, mutta myös sisällöltään vaihteleva elementti. Olennaista vaikutti olevan, että terveyskeskuksessa oli haettu paikallisesti ja yksilöllisesti toimivia ratkaisuja, joiden avulla tuettiin työn tekemistä ja työkuormituksesta selviytymistä.

#### **6.2.4 Toiminnan kehittäminen**

Magneettisairaalatutkimuksen ja magneettimallin mukaisesti vetovoimaisten sairaaloiden keskeinen piirre on jatkuva pyrkimys toiminnan kehittämiseen (Wolf ym. 2008, 203). Tämä piirre yhdisti myös tämän tutkielman aineiston terveyskeskuksia.

*”Jatkuvan kehittämisen organisaatiokulttuuri”*

Yksi haastateltavista luonnehti suhtautumista toiminnan kehittämiseen omassa terveyskeskuksessaan siten, että organisaatioon oli onnistuttu rakentamaan *”jatkuvan kehittämisen organisaatiokulttuuri”*. Tämä luonnehdinta kiteyttikin hyvin

kehittämistoiminnan kytkeytymisen osaksi terveyskeskuksen normaalia toimintaa. Aineiston terveyskeskuksille oli ominaista halu tehdä asioita paremmin ja uusilla tavoin.

*”Me kyllä vahvasti kehitetään koko ajan toimintaa. Eli muutosprojekteja tulee koko ajan. -- Nää on mun mielestä semmoisia, että kun niitä muutoksia tulee jatkuvasti, tottakai ne aiheuttaa aina stressiä, mutta kun sitä muutosta on, siitä tulee semmoinen luonnollinen tila ja sillä myöskin toiminta kehittyy koko ajan.”*

Kehittämistoiminnassa pidettiin tärkeänä koko henkilöstön osallistamista. Tätä kautta pystyttiin lisäämään myös henkilöstön vaikutusmahdollisuuksia oman työnsä kehittämiseen ja omaa työtään koskeviin päätöksiin. Jatkuvan kehittämisen organisaatiokulttuurin juurruttamiseksi terveyskeskukseen koko henkilöstön osallistaminen kehittämistoimintaan oli myös välttämätöntä.

*”Ja tähän liittyy vielä tähän uudistamiseen se, että koitetaan aktivoida, motivoida kaikki osallistumaan siihen. Tässä tiukassa kuntapolitiikassa, kuntataloudessa ja julkisessa taloudessa mä olen sanonut että innovoidaan, ideoidaan, noudatetaan lakia, lisää ei saada henkilöstöä ja rahaa ei ole yhtään lisää, mutta muuten on ihan täysin vapaat kädet, voidaan myllätä tätä systeemiä ja tehdä mitä vaan. Vaikka se ensin tuntuu, että siinäähän rajoitettiin kaikki pois, mutta kyllä se toisaalta saa sen aikaan että sieltä löytyy sitä uutta ideointia.”*

Työnantajakuvassa kehittämishakuisuus nähtiin myös vetovoimaisuustekijänä, vaikkakin kehittämiseen liittyvien muutosten aiheuttama rasitus henkilöstölle tunnistettiin. Voimakkaasti kehittämiseen orientoitunut organisaatiokulttuuri voidaan nähdä myös työnantajakuvaa vahvasti luonnehtivana symbolisena ominaisuutena.

*”Sitten ylipäättänsä että jotain tapahtuu, ja on positiivisessa valossa esillä, sillä tavalla kehityksen kärjessä. Kyllä mä tiedän, ettei työntekijät kauheasti tykkää sellaisesta tuuliviirikehittämisestäkään, että mennään tohon suuntaan ja yhtäkkiä mennäänkin tohon suuntaan. Että se on pitkäjänteistä ja systemaattista. Mutta kuitenkin ollaan siellä etujoukoissa, ettei ne aina kuule jostain muualta, että muut tekee paljon fiksummin asioita kuin me.”*

#### *Laatu- ja kehittämisverkostot sekä erilaiset kehittämishankkeet*

Terveyskeskukset osallistuivat myös erilaisiin laatu-, tutkimus- ja kehittämisverkostoihin sekä valtakunnallisiin kehittämishankkeisiin. Sopivat hankkeet olivat olleet keskeisessä roolissa useassa terveyskeskuksessa erilaisten toiminnan ongelmakohtien ratkaisemisessa. Toisaalta mittavaakin kehittämistoimintaa oli toteutettu täysin omaaloitteisesti ja omaehtoisesti. Hankkeita luonnehdittiinkin jossain määrin kaksiteräisenä

miekkana. Hankkeet miellettiin herkästi projektiluontoisina, eivätkä niiden puitteissa toteutetut uudistukset aina jääneet pysyviksi käytännöiksi. Oikea-aikaiset ja terveyskeskuksen tarpeisiin sopivat hankkeet olivat kuitenkin tukena kehittämistoiminnalle.

*”Ne tehdään ehkä ne kehittämishankkeet liian ideaaleiksi, ja arjessa ne ei selviä hengissä. Enemmän pitäisi olla semmoista omasta väestä ja oman henkilöstön pitää nähdä se tarve ihan omasta näkökulmasta, että se oikeasti menisi eteenpäin.”*

### **6.2.5 Laatu ja tulokset**

Laatuun ja tuloksiin keskittyvän komponentin rooli ja sisältö aineistossa jäi selvästi muita magneettimallin komponentteja epäselvemmäksi. Kuten jo kirjallisuuskatsauksessa todettiin, laadun määritelmälle terveydenhuollossa ei ole selkeästi sovittuja mittareita ja laadunhallintatyö terveyskeskuksissa oli aiemman tutkimustiedon valossa suppeaa (Saalasti-Koskinen & Outinen 2003).

*”Laatu terveydenhuollossa on vähän haasteellinen asia. Laatu, paitsi että kohtaamiset on hyviä, puolin ja toisin, ja syntyy luottamuksellisia hoitosuhteita ammattilaisen ja kuntalaisen, potilaan välillä, mikä se palvelu sitten onkaan. Mutta tavallaan myös se, että tuottaako ne meidän palvelut terveyshyötyä. Vaan tehdäänkö vaan ikää kuin kauheasti ja se potilas, kuntalainen, ei hyödy siitä terveytensä kannalta, niin meillä ei ole laadukasta toimintaa.”*

Aineiston terveyskeskuksissa laadun parantaminen ja tulosten seuranta nähtiin tärkeinä, mutta niiden osalta haastatteluissa raportoitiin lukuisista ongelmista muun muassa käytössä oleviin tietojärjestelmiin liittyen, ja aihepiiri nähtiin suurena kehittämiskohteena. Asiakkaan ja henkilöstön näkökulmasta seuranta oli tyypillisesti asiakastyytyväisyys- ja henkilöstökyselyjen muodossa.

*”No jos ajatellaan johtamisen perusasiaa, että know your numbers, niin se on kyllä terveyskeskuksissa surkeaa. Siis tiedolla johtaminen on hyvin heikoissa kantimissa. Ja se on ilman sitä tilastodataa hyvin vaikeaa se laadun johtaminen, koska et sä tiedä mitä siellä huoneessa tapahtuu ja mitä siellä tehdään. Jotenkin välillä tuntuu, että aika monessa paikassa se on vaan kaikkien niiden negatiivisten tapausten kautta, kun siihen laatuun kiinnitetään huomiota. Siinä on kyllä paljon tekemistä.”*

Tutkimusasetelman ja käytettyjen tutkimusmetodien mukaisesti tutkielmassa keskityttiin hakemaan toimivia käytäntöjä ja vetovoimaisuustekijöitä aineistosta. Tällä menetelmällä ei laatuun ja tuloksiin liittyviin seurannan ongelmiin päästy käsiksi tutkielmassa.

Magneettimallin lähtökohtana kuitenkin on, että mallin neljän muun komponentin kautta, johtajuuden, rakenteiden, toimivien ja innovatiivisten prosessien avulla saavutetaan laatua ja tuloksia, joilla on vaikuttavuutta henkilöstön, organisaation ja asiakkaan kannalta (Wolf ym. 2008, 203–204). Tätä ei pystytty aineiston perusteella todentamaan terveyskeskuksissa tässä tutkielmassa. Työnantajakuvan kehittämisen näkökulmasta voidaan kuitenkin todeta, että magneettimallin mukaisesti laatu ja tulokset voidaan käsittää oletettuina seurauksena, kun johtajuus, rakenteet ja prosessit ovat toimivia ja jatkuvan kehittämisen kohteita. Näin ollen työnantajakuvan kehittämisen välineet liittyvät vahvemmin neljään muuhun komponenttiin. Laadun ja tulosten, vaikuttavien terveyspalveluiden tuottamisessa osaava ja ammattitaitoinen henkilöstö on keskeisessä asemassa.

*”Ammattilaisethan on, viimeisen päälle sitä asiakaspalvelua ja hyvää hoitoa kaikki haluavat tehdä. Ja se on se päämäärä.”*

### **6.3 Tulosten yleistettävyyden ja rajoitukset**

Aineiston terveyskeskuksia yhdisti niiden pienehkö koko. Terveyskeskuksen kokoon vetovoimaisuustekijänä on kuitenkin suhtauduttava kriittisesti. Koska terveyskeskukset valikoituivat lumipallo-otannalla, on mahdollista, että samankaltaisten terveyskeskusten johtohenkilöt ovat verkostoituneet keskenään, ja lumipallo-otanta johdatti tämän verkoston terveyskeskuksiin. Aineiston terveyskeskusten koko saattoi siis johtua otannasta, eikä edustaa varsinaista vetovoimaisuustekijää terveyskeskuksissa. Aineiston terveyskeskusten kokoon liittyen on myös todettava, että esimerkiksi huomattavasti suuremmissa terveyskeskuksissa työnantajakuvan hallinta ja kehittämisen välineet voivat poiketa aineiston terveyskeskuksista, eikä tuloksia voida ilman varauksia yleistää maantieteellisesti ja väestöllisesti merkittävästi poikkeaviin olosuhteisiin.

Vetovoimaisuustekijöitä ja vetovoimaisuutta lähestyttiin tutkielmassa terveyskeskuksen johdon näkökulmasta. Tämä on syytä huomioida myös tulosten arvioimisessa. On mahdollista, että johto arvioi organisaatiotaan positiivisemmin verrattuna henkilöstöön.

## 7 YHTEENVETO JA POHDINTA

Tutkielmassa tarkasteltiin työnantajakuvan hallintaa ja kehittämistä suomalaisissa terveyskeskusorganisaatioissa. Perusterveydenhuoltoa on tutkimuskirjallisuudessa käsitelty erikoissairaanhoidtoa vähemmän, ja toisaalta terveyskeskuksissa toimintaa häiritsevänä käytännön ongelmana on ajoittain ja alueittain vaihdellen kärsitty työvoimapulasta, etenkin lääkäri työvoiman suhteen. Henkilöstön saatavuus on tulevaisuudessakin suuressa roolissa terveydenhuollon organisaatioiden toiminnan kannalta työvoiman eläköityessä ja palvelutarpeen kasvaessa. Ammattitaitoinen ja työstään innostunut henkilöstö, huippuosaajat, ovat myös avainasemassa laadukkaiden palveluiden tekijöinä. Näistä syistä johtuen tutkielmassa haluttiin tarttua terveyskeskuksiin työnantajana, ja tarkastella erityisesti työvoiman houkuttelemisessa menestyneiden, vetovoimaisten terveyskeskusorganisaatioiden piirteitä.

Työnantajakuva määriteltiin tutkielmassa käsityksinä, kokemuksina ja havaintoina organisaatiosta työnantajana. Teoreettisesti tarkasteltuna työnantajakuvan muodostumiseen nähtiin vaikuttavan organisaation arvolupaus työnantajana, johon sisältyvät organisaation ominaispiirteiden lisäksi organisaation arvot, sekä organisaatioon liittyvät mielikuvat, jotka syntyvät paitsi organisaation viestinnän, myös muista lähteistä saadun tiedon ja kokemusten perusteella. Työnantajakuva hahmotettiin myös tietoisesti hallittavana ja johdettavana kokonaisuutena. Tutkielmassa hyödynnettiin magneettisairaalatutkimusta ja sen pohjalta kehitettyä magneettimallia, jotka tarkastelevat hoitotieteellisestä lähtökohdasta sellaisten sairaalaorganisaatioiden piirteitä, jotka ovat onnistuneet poikkeuksellisen tehokkaasti työvoiman houkuttelemisessa ja sitouttamisessa. Tältä pohjalta tutkielman tutkimusongelmiksi asetettiin selvittää, kuinka terveyskeskus voi vahvistaa ja edistää positiivista työnantajakuvaa sekä millaisilla tekijöillä työnantajakuvaa voidaan kehittää ja terveyskeskuksen vetovoimaisuutta lisätä.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että tietoisella työnantajakuvan hallinnalla ja kehittämisellä vaikuttaa olevan merkitystä työvoiman saatavuuden ja organisaation vetovoimaisuuden kannalta terveyskeskuksissa. Tämä tulos on samankaltainen kuin Robertsonin ja Khatibin (2012) tutkimustulos siitä, että tietoinen strategia työnantajakuvan johtamisesta ja kehittämisestä vahvistaa organisaatioiden

työnantajakuva. Terveyskeskusorganisaatioissa hyvän työnantajakuvan hallinnan kannalta merkittävät osa-alueet aineiston perusteella olivat työnantajakuvan strategisen merkityksen sisäistäminen, terveyskeskuksen näkyvyyden edistäminen, organisaation sisäisten olosuhteiden, etenkin työilmapiirin, johtaminen työnantajakuva tukien sekä mahdollisten työnantajakuva vahingoittavien kriisitilanteiden hallinta. Terveyskeskuksen työnantajakuva voitiin siis vahvistaa ja hyvää työnantajakuva edistää huomioimalla työnantajakuvan merkitys johtamistyössä, edistämällä terveyskeskuksen näkyvyyttä positiivisessa valossa ja osallistumalla erilaisiin verkostoihin sekä huolehtimalla hyvästä työilmapiiristä terveyskeskuksessa. Opiskelijoiden keskuudessa näkyvyyteen ja opiskelijoiden ohjaukseen panostaminen olivat vahvoja keinoja saavuttaa hyvä työnantajakuva nuorten ammattilaisten keskuudessa.

Terveyskeskuksessa erityisen vahvaa työnantajakuva voitaisiin luonnehtia siten, että tekemällä selkeitä strategisia valintoja ja hyödyntämällä paikallisia olosuhteita työnantajakuvan vahvuuksina, on onnistuttu rakentamaan terveyskeskukselle tunnistettava työnantajabrändi. Brändiä voi luonnehtia esimerkiksi opiskelijamyönteisyys, henkilöstöläheisyys, henkilöstön tukeminen ja hyvä tiimihenki. Kuten Lievensin ja Highhousen (2003) tutkimuksessa osoitettiin, myös tämän tutkielman aineistossa symboliset tekijät vaikuttaisivat olevan erityisen voimakkaita elementtejä työnantajakuvassa.

Työnantajakuvan kehittämisen välineitä tarkasteltiin tutkielmassa magneettimallin avulla. Mallin komponentit toimivat tutkielman aineistossa melko hyvin terveyskeskuksen työnantajakuvan kehittämisen välineiden ja vetovoimaisuustekijöiden jäsentämisessä. Magneettimallin komponenteista johtajuus, rakenteet, kliinistä työtä ohjaavat käytännöt ja toiminnan kehittäminen edustivat aineistossa työnantajakuvan kehittämisen olennaisia osa-alueita, joiden alle oli sijoitettavissa esiin tulleet toimivat käytännöt, hyvät toimintamallit ja organisaatioihin liittyvät piirteet. Taulukkoon 4 on tiivistetty tutkielmassa todetut olennaisimmat hyvät toimintatavat ja käytännöt, joiden voitiin katsoa toimivan vetovoimaisuutta lisäävinä tekijöinä ja työnantajakuvan kehittämisen välineinä terveyskeskuksissa. Erityisesti voidaan korostaa moniammatillisuuden edistämisen ja sekä yksilöllisen kehittymisen että organisaation

kehittämisen merkitystä työnantajakuva kannalta. Moniammatilliset työtavat ja kehittämisorientoitunut toimintakulttuuri edistävät jokaisen työntekijän osaamisen ja ammattitaidon parasta mahdollista hyödyntämistä, mutta myös antavat työnantajakuvassa vahvan viestin henkilöstön arvostuksesta, yhteishengestä ja innovatiivisuudesta.

<b>Vetovoimaisuustekijä</b>	<b>Sisältö</b>	<b>Esimerkkikäytäntöjä</b>
Johtajuus	Henkilöstöä kuunteleva, helposti lähestyttävä visionäärinen ja innostava johtaja	Keskustelu Läsnäolo kaikissa terveyskeskuksen yksiköissä
Rakenteet	Joustava ja oikeudenmukainen työnantajaorganisaatio, joka tarjoaa hyvät mahdollisuudet kehittää yksilöllisesti ammatillista osaamista	Selkeä roolijako Työaikajoustot Kehittymispolut Asiantuntijahoitajan tehtävät
Kliinistä työtä ohjaavat käytännöt	Paikallisesti ja yksilöllisesti toimivat ratkaisut, joiden avulla työn tekemistä ja työn hallintaa tuetaan sekä jokaisen osaaminen saadaan parhaaseen käyttöön	Työparityöskentely ja muut moniammatilliset työtavat Huolellinen perehdytys Työnohjaus Opiskelijoiden ohjaus Työkierto Oman työtahdin säätely
Toiminnan kehittäminen	Kehittämisorientoitunut organisaatiokulttuuri, jossa koko henkilöstö osallistuu jatkuviin pyrkimyksiin toiminnan kehittämiseksi	Osallistavat kehittämistyöpajat
Laatu ja tulokset	Laatu ja tulokset saavutetaan ammattitaitoisen, osaavan henkilöstön ja hyvin toimivan, innovatiivisen organisaation kautta?	

**Taulukko 4. ”Magneettiterveyskeskuksen” rakennuspalikat: työnantajakuva kehittämisen välineitä, toimivia käytäntöjä ja vetovoimaisuutta lisääviä tekijöitä terveyskeskusaineistossa.**

Suomalaiset terveyskeskukset ovat historiansa suurimman uudistuksen kynnyksellä lähestyvän sote-uudistuksen edessä. Vaikka terveyskeskusorganisaatiot todennäköisesti kokevat muutoksia uudistuksessa järjestämisvastuun muuttuessa, työn ydin kuitenkin on edelleen perusterveydenhuollon sisällössä. Mikäli valinnanvapaus toteutuu sote-uudistuksessa esitetyn kaltaisesti (Valtioneuvosto 2015), terveyskeskukset joutuvat lisäksi kohtaamaan todennäköisesti entistä kovempaa kilpailua. Perusterveydenhuollossa

käyttäjän vapaus valita palveluntuottaja yksityisten, julkisten ja kolmannen sektorin toimijoiden joukosta asettaa terveyskeskukset uudelleenlaiseen asemaan, jossa työvoiman lisäksi myös asiakkaiden suhteen ollaan kilpailutilanteessa. Henkilöstön merkitys uudessa kilpailutilanteessa korostunee entisestään, sillä osaava työvoima terveyspalveluissa merkitsee myös asiakkaan näkökulmasta houkuttelevaa, laadukasta palvelua. Jotta julkinen sektori ei jää kilpailuasetelmassa jälkeen, on entistä tärkeämpää huolehtia, että julkisen sektorin perusterveydenhuollon organisaatiot ovat tulevaisuudessakin vetovoimaisia ja houkuttelevia työnantajia huippuosaajien näkökulmasta.

Tulevaisuuden haasteiden kannalta hyödyllinen jatkotutkimusaihe olisikin esimerkiksi vertaileva tutkimus työnantajakuvan vetovoimaisuustekijöistä perusterveydenhuollon palveluita tuottavien tahojen välillä. Vertailevan tutkimuksen avulla työvoiman saatavuuden merkitystä sote-uudistuksen jälkeisessä tilanteessa olisi mahdollista pohtia tarkemmin.



## LÄHTEET

- Aiken, Linda (2002). *Superior Outcomes for Magnet Hospitals: The Evidence Base*. Teoksessa McClure, Margaret & Hinshaw, Ada (toim.). *Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses* (s.61–82). Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Back, Anna & Kekki, Pertti (1997). Yleislääkärin asema ja työ Euroopan maissa. *Suomen lääkärilehti*, 52(8), 859–866.
- Backhaus, Kristin & Tikoo, Surinder (2004). Conceptualizing and researching employer branding. *Career Development International*, 9(5), 501–517.
- Bass, Bernard (1999). Two Decades of Research and Development in Transformational Leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(1), 9–32.
- Berthon, Pierre & Ewing, Michael & Hah Li Lian (2005). Captivating company: dimensions of attractiveness in employer branding. *International Journal of Advertising*, 24(2), 151–172.
- Bliss-Holtz, Jane & Winter, Nancy & Scherer, Elaine (2004). An Invitation to Magnet Recognition. *Nursing Management*, 35(9), 36–42.
- Buchan, James (1999). Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 100–108.
- Chhabra, Neeti Leekha & Sharma, Sanjeev (2014). Employer branding: strategy for improving employer attractiveness. *International Journal of Organizational Analysis*, 22(1), 48–60.
- Christmann, Gabriela B. (2009). *Expert Interviews on the Telephone: A Difficult Undertaking*. Teoksessa Bogner, Alexander & Littig, Beate & Menz, Wolfgang. *Interviewing Experts* (s. 17–42). Basingstoke, New York: Palgrave Macmillan.
- Collins, Christopher & Han, Jian (2004). Exploring applicant pool quantity and quality: the effects of early recruitment practice strategies, corporate advertising and firm reputation. *Personnel Psychology*, 57(3), 685–717.
- Edlinger, Gabriela (2015). Employer brand management as boundary-work: a grounded theory analysis of employer brand managers' narrative accounts. *Human Resource Management Journal*, 25(4), 443–457.
- Foster, Carley & Punjaisri, Khanyapuss & Cheng, Ranis (2010). Exploring the relationship between corporate, internal and employer branding. *Journal of Product & Brand Management*, 19(6), 401–409.
- Glenn, Jerome Clayton (2010). *Handbook of Research Methods*. Jaipur: Oxford Book Co.

Heilmann, Pia (2010). Employer brand image in a health care organization. *Management Research Review*, 33(2), 134–144.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2008). *Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2009). *Tutki ja kirjoita*. Hämeenlinna: Kirjayhtymä Oy.

Hyppölä, Harri & Kumpusalo, Esko (2006). Yliopistot ja terveyskeskukset yhteisessä kehittämistyössä - mikä toimintamalliksi? *Lääkärilehti*, 61(38), 3873–3875.

Jain, Neetu & Bhatt, Prachi (2015). Employment preferences of job applicants: unfolding employer branding determinants. *Journal of Management Development*, 34(6), 634–652.

Johnson, Melissa & Roberts, Phil (2006). Rules of attraction. *Marketing Health Services*, 26(1), 38–40.

Jylhäsaari, Jussi (2009). *Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa*. Väitöskirja. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66

Kekki, Pertti (2012). *Neljäkymmentä vuotta terveyskeskusta: muistelmaa ja faktaa*. Helsinki: WSOY.

Knox, Simon & Freeman, Cheryl (2006). Measuring and Managing Employer Brand Image in the Service Industry. *Journal of Marketing Management*, 22(7), 695–716.

Kokko, Simo & Telaaranta, Tauno (2006). Perusterveydenhuollon tila 2006. *Lääkärilehti*, 61(49-50), 5215–5218.

Kramer, Marlene & Schmalenberg, Claudia (2002). *Staff Nurses Identify Essentials of Magnetism*. Teoksessa McClure, Margaret & Hinshaw, Ada (toim.). *Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses* (s.25–61). Silver Spring, MD: American Nurses Association.

Kuusio, Hannamaria & Heponiemi, Tarja & Sinervo, Timo & Elovainio, Marko (2010). Organizational commitment among general practitioners: A cross-sectional study of the role of psychosocial factors. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(2), 108–114.

Kvist, Tarja & Mäntynen, Raija & Turunen, Hannele & Partanen, Pirjo & Miettinen, Merja & Wolf, Gail & Vehviläinen-Julkunen, Katri (2013). How magnetic are Finnish hospitals measured by transformational leadership and empirical quality outcomes? *Journal of Nursing Management*, 21(1), 152–164.

Kääriäinen, Outi & Torppa, Kaarina & Paasivaara, Leena & Törmä, Anne-Maria (2009). *Vetovoimaisen hoitotyön malli ja sen piirteitä OYS:n ERVA-alueen sairaaloissa*. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala, Oulun yliopisto.

Lammintakanen, Johanna & Kivinen, Tuula & Kinnunen, Juha (2010). Manager's perspectives on recruitment and human resource development practices in primary health care. *International Journal of Circumpolar Health*, 69(5), 462–469.

Lash, Ayhan Aytekin & Munroe, Donna (2005). Magnet recognition program 2005: An update. *MEDSURG Nursing*, 14(5), 325–328.

Lehto, Juhani (2012). *Mitä perusterveydenhuolto potee?* Teoksessa Anttonen, Anneli & Haveri, Arto & Lehto, Juhani & Palukka, Hannele (toim.) *Julkisen ja yksityisen rajalla: Julkisen palvelun muutos* (s. 370–391). Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Lepäntalo, Aino (2013). *Lisää lääkäreitä terveyskeskuksiin? : terveyskeskustyön vetovoimaisuus ja siihen vaikuttavat tekijät nuorten lääkärin kokemina*. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Lievens, Filip & Highhouse, Scott (2003). The relation of instrumental and symbolic attributes to a company's attractiveness as an employer. *Personnel Psychology*, 56(1), 75–102.

Lievens, Filip & van Hove, Greet & Anseel, Frederik (2007). Organizational identity and employer image: towards a unifying framework. *British Journal of Management*, 18, 45–59.

Luotonen, Eeva (2006). *Vetovoimaisuuden tekijät Turun terveystoimessa*. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Mattila, Yrjö (2011). *Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

McClure, Margaret & Poulin, Muriel A. & Sovie, Margaret D. & Wandelt, Mabel A. (2002). *Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses (The Original Study)*. Teoksessa McClure, Margaret & Hinshaw, Ada (toim.). *Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses* (s.1–24). Silver Spring, MD: American Nurses Association.

Meuser, Michael & Nagel, Ulrike (2009). *The Expert Interview and Changes in Knowledge Production*. Teoksessa Bogner, Alexander & Littig, Beate & Menz, Wolfgang. *Interviewing Experts* (s. 17–42). Basingstoke, New York: Palgrave Macmillan.

Mosley, Richard (2005). *Brand Fundamentals*. Teoksessa Barrow, Simon & Mosley, Richard. *The Employer Brand: Bringing the Best of Brand Management to People at Work* (s. 57–68). Hoboken NJ: Wiley.

Noy, Chaim (2008). Sampling Knowledge: The Hermeneutics of Snowball Sampling in Qualitative Research. *International Journal of Social Research Methodology*, 11(4), 327–344.

Peltonen, Eija (2009). *Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa: vertaileva tutkimus*. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Reed, Jan (2007). *Appreciative inquiry : research for change*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Renkonen, Risto & Björkroth, Johanna & Helve, Otto & Louhimo, Johanna & Rautava, Päivi & Remes, Anne & Seppälä, Toni & Turunen, Juha Pekka & Virjo, Irma & Visakorpi, Tapio & Heikinheimo, Markku (2011). Riittääkö Suomessa lääkäritutkijoita? *Duodecim*, 127(10), 1003–1009.

Rimpelä, Matti (2011). *Terveystenhoidosta terveyden edistämiseen*. Teoksessa Ståhl, Timo & Rimpelä, Arja (toim). *Terveysten edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena* (s. 11–32). Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Robertson, Alan & Khatibi, Ali (2012). By design or by default: creating the employer identity. *IUP Journal of Brand Management*, 9(4), 31–47.

Rosethorn, Helen (2009). *The Employer Brand : Keeping Faith with the Deal*. Farnham: Ashgate Publishing Company.

Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (2010). *Haastattelun analyysin vaiheet*. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (toim.) *Haastattelun analyysi* (s. 8–29). Tampere: Vastapaino.

Saalisti-Koskinen, Ulla & Outinen, Maarit (2003). Terveysteskestusten laadunhallintaa - missä mennään? *Lääkärilehti*, 58(13), 1571–1576.

Saarelma, Osmo (1995). Perusterveydenhuollon kehitys ei lopu omalääkäriin. *Duodecim*, 111(1), 26-32.

Saxén, Ulla (2009). *Työhyvinvointi, koulutus ja toiminnan kehittäminen terveysteskestuksissa lääkäritilanteen näkökulmasta*. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.

Sihvonen, Marja & Kekki, Pertti (2008). Arviointi ja opiskelijakeskeisyys kehittämiskohteiksi eurolääkärikoulutukseen. *Lääkärilehti*, 63(49), 4331–4337.

Stordeur, Sabine & D’Hoore, William & the NEXT-Study Group (2007). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 45–58.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001). *Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys2015-kansanterveysohjelmasta*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2010). *Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa*. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2012). *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012-2015. Toimeenpanosuunnitelma*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja.

Sukeva, Marika (2013). *Julkisen terveydenhuollon työnantajakuva lääkäri- ja sairaanhoitajaopiskelijoiden keskuudessa*. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Urden, Linda & Monarch, Kammie (2002). *The ANCC Magnet Recognition Program: Converting Research Findings into Action*. Teoksessa McClure, Margaret & Hinshaw, Ada (toim.). *Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses* (s.103–116). Silver Spring, MD: American Nurses Association.

van den Heuvel, Annemarie & Aarendonk, Diederik & Groenewegen, Peter & De Maeseneer, Jan (2009). The European Forum for Primary Care and the European Commission consultation process on the European Workforce for Health: some emerging messages. *Quality on Primary Care*, 17(5), 307–309.

van Hoya, Greet (2008). Nursing recruitment: relationship between perceived employer image and nursing employees' recommendations. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 366–375.

Vigoda-Gadot, Eran & Vinarski-Peretz, Hedva & Ben-Zion, Eyal (2003). Politics and image in the organizational landscape: An empirical examination among public sector employees. *Journal of Managerial Psychology*, 18(8), 764–787.

Viitanen, Elina & Kokkinen, Lauri & Konu, Anne & Simonen, Outi & Virtanen, Juha & Lehto, Juhani (2007). *Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Vammala: Kunnallisalan kehittämissäätiö.

Virtanen, P. & Oksanen, T. & Kivimäki, M. & Virtanen, M. & Pentti, J. & Vahtera, J. (2008). Work stress and health in primary health care physicians and hospital physicians. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(5), 364–366.

Wolf, Gail & Triolo, Pamela & Ponte, Patricia Reid (2008). Magnet Recognition Program: The Next Generation. *The Journal of Nursing Administration*, 38(4), 200–204.

### **Tilastoraportit:**

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2014a). Sosiaali- ja terveystieteen tilastollinen vuosikirja 2014.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2014b). Perusterveydenhuolto 2013. Tilastoraportti: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2015a). Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Tilastoraportti: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2015b). Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012. Tilastoraportti: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2015c). Terveystenhuollon menot ja rahoitus 2013. Tilastoraportti: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

### **Internet-lähteet:**

Ahlblad, Jaana (2009). Nuoret lääkärit kaipaavat imagotalkoita terveyskeskuksiin. Lääkärilehti, ajassa - ajankohtaista 2.4.2009.

Haettu 22.3.2016 sivulta, <http://www.laakarilehti.fi>

Halila, Hannu (2005). Eurolääkärikoulutus: Suomi vastaan muu EU. Lääkärilehti, pääkirjoitus. 45/2005, vsk 60, s. 4583.

Haettu 1.3.2016 sivulta, <http://www.laakarilehti.fi>

Honkanen, Juha-Pekka (2008). Irti väestövastuusta. Lääkärilehti, ajassa - ajankohtaista 15.5.2008.

Haettu 23.3.2016 sivulta, <http://www.laakarilehti.fi>

Järvi, Ulla (2010). Lääkärien kaksoislaillistus loppuu. Lääkärilehti, ajassa - ajankohtaista 4.11.2010.

Haettu 1.3.2016 sivulta, <http://www.laakarilehti.fi>

Kuntaliitto (2011). Terveystenhuollon laatuopas. Toim. Päivi Koivuranta-Vaara.

Haettu 4.12.2015 sivulta <http://www.kunnat.net>

Kuntaliitto (2015). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen 2015. Terveystenkeskukset.

Haettu 25.11.2015 sivulta <http://www.kunnat.net>

Lääkäriliitto (2014). Tiedote terveystenkeskusten lääkäritilanteesta 11.12.2014. Haettu

14.11.2015 sivulta <http://www.laakariliitto.fi>

Lääkäriliitto (2015). Lääkärit Suomessa. Tilastotietoja lääkäreistä ja terveydenhuollosta

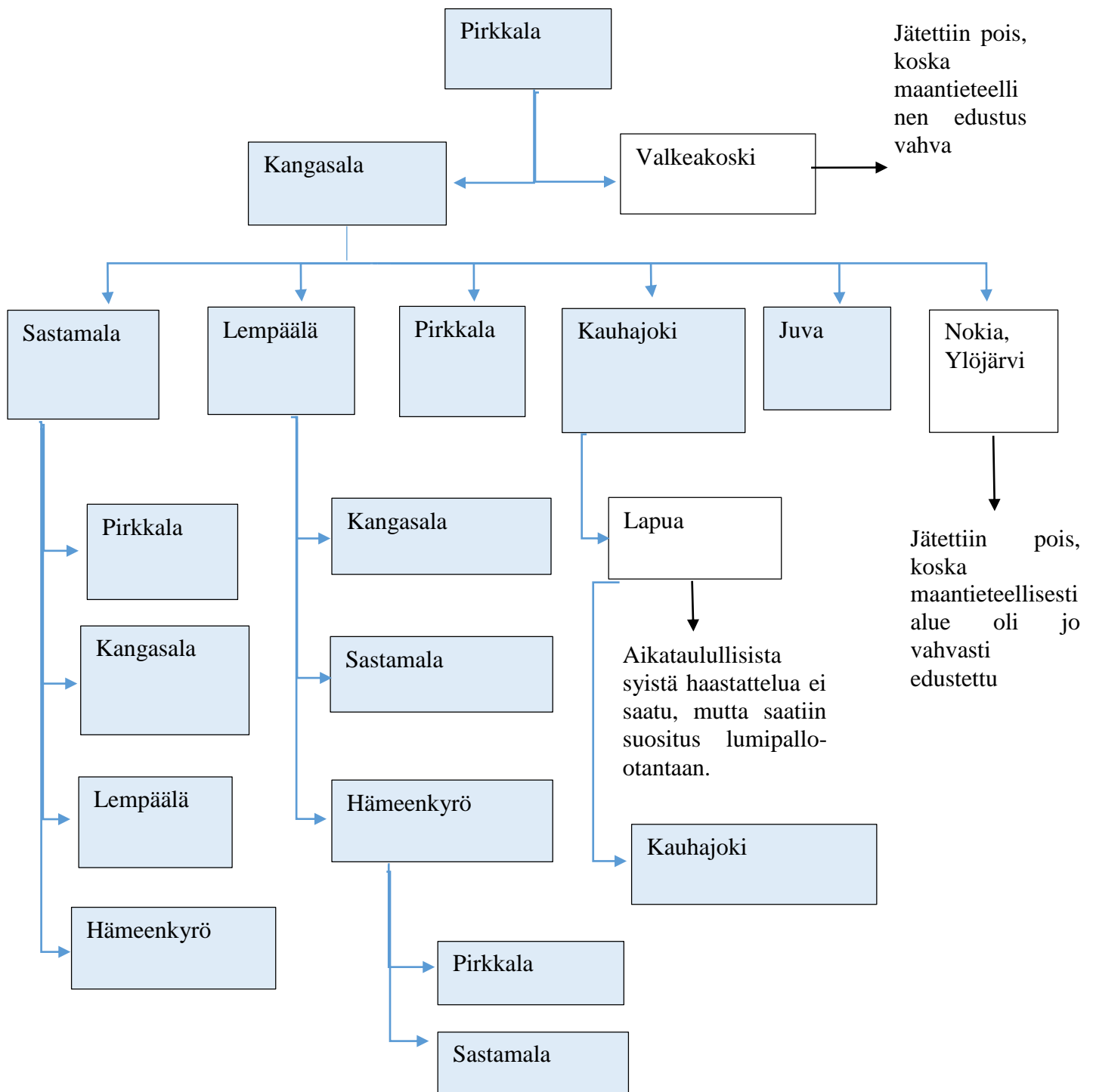
2014. Haettu 14.1.2016 sivulta <http://www.laakariliitto.fi>

Lääkäriliitto (2016). Terveystenkeskusten lääkäritilanne 7.10.2015. Haettu 17.4.2016 sivulta <http://www.laakariliitto.fi>

Valtioneuvosto (2015). Aluejaon perusteet ja sote-uudistuksen askelmerkit. Hallituksen linjaus 7.11.2015. Haettu 27.3.2016 sivulta <http://valtioneuvosto.fi>

## LIITE 1. LUMIPALLO-OTANNAN ETENEMINEN

Tutkimukseen valitut terveyskeskukset on varjostettu.





## LIITE 2. HAASTATTELURUNKO

### OSA I. Oman terveystakeskuksen työntantajakuva ja sen vahvuudet

1. Terveystakeskus ja oma työhistoria
  - Kertoisitko aluksi lyhyesti omasta työhistoriasta?
2. Oman työorganisaation työntantajakuvan vahvuudet
  - Miten luonnehtisit oman terveystakeskuksen työntantajakuvaa?
  - Minkälaiset asiat ovat oman terveystakeskuksen vahvuuksia työntantajana?
  - Minkälaiset järjestelmät ja käytännöt ovat vahvuuksien takana? Mitä terveystakeskuksessasi on tehty työntantajakuvan vahvistamiseksi? Onko työntantajakuvaan panostaminen ollut tietoinen valinta terveystakeskuksessasi?

### OSA II. Magneettimallin komponentit työntantajakuvan kehittämisessä

3. Johtajuus
  - Millaista on mielestäsi hyvä johtajuus terveystakeskuksessa?
  - Mitä asioita pidät tärkeimpinä omassa johtamistyössä, mitä priorisoit?
4. Organisaatorakenne ja organisaatio
  - Kuvailenko lyhyesti organisaatiosi rakenteita ja erityisesti sitä, mitkä ovat oman terveystakeskusorganisaation rakenteen vahvuudet?
  - Miten terveystakeskuksessa on onnistuttu tukemaan ammattihenkilöiden ammatillista kehittymistä ja kouluttautumista?
5. Kliinisen työn johtaminen
  - Erityisesti terveystakeskuslääkäreiden työssä on usein mainittu kuormittavina tekijöinä liiallinen työkuorma ja henkinen rasitus.
  - Miten omassa terveystakeskuksessa on onnistuttu tukemaan kliinistä työtä? Minkälaisia ratkaisuja on löydetty työkuorman hallintaan?
  - Mitä muita työn järjestämiseen liittyviä vahvuuksia terveystakeskuksessa on?
6. Laadunhallinta ja toiminnan kehittäminen
  - Kuinka toiminnan ja laadun systemaattinen tarkkailu toteutuu terveystakeskuksessa?
  - Miten terveystakeskus on mukana tutkimus- ja kehittämistoiminnassa?
7. Tulokset
  - Kuinka terveystakeskuksessasi seurataan tuloksellisuutta
    - kliiniset tulokset (sis. hoitoonpääsy, jonottaminen, hoitotulokset)
    - asiakastyytyväisyys
    - työhyvinvointi ja työtyytyväisyys

### OSA III. Ylilääkärin/haastateltavan rooli työnantajakuva johtamisessa ja hallinnassa

8. Ylilääkäri työnantajakuva johtajana
  - Miten näet ylilääkärin roolin terveyskeskuksen työnantajakuvassa ja vaikutusmahdollisuudet sen kehittämiseksi?
9. Työnantajakuva kommunikointi
  - Miten terveyskeskus voi viestiä omista vahvuuksistaan potentiaalisille työnhakijoille? Miten onnistutaan ylläpitämään hyvää työnantajakuvaa?
10. Muut haastateltavat

### LIITE 3. TUTKIMUSTERVEYSKESKUKSET

<b>Terveyskeskus</b>	<b>Sijainti</b>	<b>Terveys- keskuksen väestö*</b>	<b>Palvelun järjestäminen*</b>	<b>Lääkäritilanne: avoimia virkoja/ ulkoistettuja virkoja tai ostopalveluita/ virkoja yhteensä**</b>
Pirkkala	Pirkanmaa	23 181	vastuukunta	0 / 0 / 17
Kangasala	Pirkanmaa	37 193	vastuukunta	0,5 / 0,5 / 35
Sastamala	Pirkanmaa	28 489	vastuukunta	0 / 0 / 24
Suupohjan terveyskeskus (Kauhajoki)	Etelä- Pohjanmaa	23 157	kuntayhtymä	1 / 1 / 19
Lempäälä	Pirkanmaa	22 233	kunta	ei tietoa
Hämeenkyrö	Pirkanmaa	10 610	kunta	0 / 0 / 9
Juva	Etelä-Savo	6 616	kunta	0 / 0 / 6

\*Lähde: Kuntaliitto 2015. Selvitys perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestämisestä Manner-Suomen kunnissa 2015. Terveyskeskuksen väestö 31.12.2014 tilanteen mukaan.

\*\*Lähde: Lääkäriliitto 2016. Terveyskeskusten lääkäritilanne 7.10.2015. Lääkäriliitto julkaisee luvut niiden terveyskeskusten osalta, jotka antaneet luvan tietojen julkaisemiseen.

#### LIITE 4. CASE JUVAN TERVEYSKESKUS

*Kuvaus Juvan terveyskeskuksen työnantajakuvan kehittämisestä perustuu ylilääkäri Jarmo Lappalaisen haastatteluun. Lappalainen toimi Juvalla terveyskeskuslääkärinä yhteensä 23 vuotta, joista esimiestehtävissä ensin apulaisylilääkärinä ja sittemmin ylilääkärinä noin 15 vuotta. Jarmo Lappalainen on saanut useita huomionosoituksia tekemästään työstä perusterveydenhuollon ja terveyskeskusten kehittämiseksi, hänet on valittu muun muassa Vuoden yleislääkäriksi ja Vuoden Rohto -vastaavaksi vuonna 2009.*

Juvan terveyskeskuksessa oli 2000-luvun alussa vaikea lääkäripula. Huonoimmillaan kymmentä virkaa silloisessa kuntayhtymässä oli hoitamassa kolme lääkäriä. Vaikeaa tilannetta ryhdyttiin ratkaisemaan koko henkilöstön kanssa yhteisvoimin terveyskeskuksen ylilääkärin johdolla. Terveyskeskuksessa keskityttiin miettimään, kuinka työn tekemisen puitteita voitaisiin parantaa ja työtä kehittää.

Keskeiset osa-alueet, joihin tarttumalla Juvalla onnistuttiin kääntämään hankala työvoimatilanne ja lisäämään terveyskeskuksen vetovoimaisuutta, olivat moniammatillisemman työtavan omaksuminen, henkilöstön kouluttautumis- ja kehittymismahdollisuuksien parantaminen, palveluprosessien hiominen sekä rekrytointiin liittyvät ratkaisut. Näiden toimien kautta rakennettiin viime kädessä uudenlaista organisaatiokulttuuria, joka tuki hyvän työnantajakuvan muodostumista terveydenhuollon työvoiman keskuudessa.

Moniammatillisuuden edistämiseksi Juvalla päätettiin ottaa hoitaja-lääkäri-työparimalli käyttöön ja tämän mallin tuella hyödyntää hoitohenkilökunnan osaamista aiempaa paremmin. Kunta lähti tukemaan työparimalliin siirtymistä, ja terveyskeskukseen remontoitiin tilat uudenlaisen työtavan mukaisiksi. Henkilöstöä koulutettiin työparimallin mukaiseen yhteistoimintaan, ja työparimallitoiminta käynnistyi Juvan terveyskeskuksessa vuonna 2007.

Henkilöstön kouluttautumis- ja kehittymismahdollisuuksia kehitettiin erityisesti siten, että tarjottiin henkilöstölle mahdollisuuksia syventää omaa osaamistaan tietyillä osa-alueilla, ja päästä käyttämään hankittua erikoisosaamista päivittäisessä työssä. Terveyskeskuksessa koulutettiin erilaisia asiantuntijahoitajia, ja myös lääkäreille tuli omia vastuualueitaan, joiden avulla terveyskeskukseen kerättiin laaja-alaisesti asiantuntemusta eri osa-alueista. Myös opiskelijoiden hyvään ohjaukseen panostettiin voimakkaasti.

Työn prosessien tukemiseksi Juvalla kehitettiin terveyskeskuksen sisäisiä toimintamalleja, joita kutsuttiin ”talon tavoiksi”. Toimintamallit suunniteltiin ja sovittiin yhdessä henkilöstön kanssa työpajatyypisessä työskentelyssä, ja ne myös kirjattiin henkilöstön käyttöön menettelyohjeiksi ja työnjakomalleiksi. Talon tapoja kehitettiin esimerkiksi iäkkäiden potilaiden lääkityksen arvioinnista, matalaenergisten murtumien hoidosta ja muista tavallisista potilastyypeistä. Masennuksen hoitoon liittyvän toimintamallin pohjalta ylilääkäri Lappalainen kutsuttiin mukaan kansalliseen masennuksen hoidon Käypä hoito -ryhmään.

Rekrytoinnin suhteen terveyskeskuksessa päädyttiin ylilääkärin näkemyksen mukaisesti siihen, että vaikka lääkäripula oli vakava, lääkäreitä vuokraavia yrityksiä ei käytetty

henkilöstötilanteen ratkaisemiseksi. Toiseksi rekrytoinnissa oltiin henkilöstön suhteen harkitsevaisia, sillä huolimatta työvoimapulasta hakijat arvioitiin tarkkaan, jotta saatiin sellaista henkilöstöä, joka selviytyy terveyskeskustyön työkuormasta. Rekrytoinnin edistämiseksi huolehdittiin myös, että terveyskeskus esittäytyi positiivisessa valossa, eikä hankalaa henkilöstötilannetta korostettu liiallisesti julkisesti. Varsinaista aktiivista rekrytointi- ja markkinointityötä Juvalla ei kuitenkaan tehty, vaan annettiin tehtyjen kehittämistoimenpiteiden ja hyvien käytäntöjen puhua puolestaan.

Työvoiman saatavuuden suhteen tilanne korjautui terveyskeskuksessa vähitellen. Erityisesti opiskelijoiden ohjaukseen tehtyjen panostusten seurauksena ensin sijaisten saatavuus parani merkittävästi, minkä jälkeen vähitellen myös vakituisiin virkoihin alettiin saada lääkäreitä.

Juvalla onnistuttiin siis liittämään sellaisia positiivisia ja vetovoimaisuutta lisääviä ominaisuuksia osaksi työnantajakuvaa, kuten moniammatillinen toimintakulttuuri, henkilöstöä tukeva ja hyvähenkinen työilmapiiri, hyvät yksilölliset ammatilliset kehittymismahdollisuudet sekä vahvasti kehittämis- ja uudistamismyönteinen organisaatiokulttuuri. Työnantajakuvan kehittämisen vaikutukset olivat nähtävissä työvoiman saatavuuden korjaantumisessa ja terveyskeskuksen vetovoimaisuudessa. Jonkinlaisia viitteitä myös asiakastyytyväisyyden ja henkilöstön työtyytyväisyyden ja työhyvinvoinnin paranemisesta oli myös, mutta systemaattisesti näitä ei terveyskeskuksessa seurattu siten, että vertailukelpoista näyttöä olisi saatavilla.